REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

Journal de Clinique

DE L'HOTEL-DIEU, DE LA CHARITÉ,

ET DES GRANDS HOPITAUX DE PARIS.

COLLABORATEURS.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

MM.
BÉRARD, chirurgien du bureau Central.
BOURDON, membre adjoint de l'Académie royale de Médecine.
BOUVIER, agrégé à la Faculté de Paris.
CRUVEILHIER, professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris.
LEGALLOIS, attaché à la Maison royale de Charenton.
RIBES, membre de l'Acad. royale de Médecine, médecin de l'Hôtel des Invalides.
SERRES, membre de l'Institut, médecin de l'hôpital de la Pitié.
VELPEAU, chirurgien du bureau Central.
VIREY, membre de l'Acad. royale de Médecine.

CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENT.

BELLANGER, docteur en médecine.
CORBY, chef de Cliniq. Chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.
DELPECH, profess. à la Faculté de Montpellier.
DUGÈS, professeur à la Faculté de Montpellier.
CIVIALE, docteur en médecine.
JOBERT, chirurgien du bureau Central.
HERVEZ DE CHÉGOIN, membre adjoint de l'Académie royale de Médecine.
LARREY, chirurgien en chef de l'hôpital de la Garde royale, membre de l'Institut.
LAURENT, docteur en médecine.
LEROY (D'ETIOLLES), docteur en médecine.
LISFRANC, chirurgien en chef de la Pitié.
PAILLARD, docteur en médecine.
MAUNOURY, Docteur en médecine.
TAVERNIER, secrétaire-général de l'Athénée de Médecine.

PATHOLOGIE INTERNE.

ALLONNEAU, médecin de l'hôpital de Thouars.
ANDRAL fils, professeur à la Faculté de Paris.
AUDOUARD, médecin des hôpitaux militaires de Paris.
BEAUDE, Inspecteur des Établissemens d'Eaux minérales de Paris.
COLLINEAU, membre adjoint de l'Académie royale de Médecine.
COUTANCEAU, médecin de l'hôpital du Val-de-Grâce.
DUPAU, agrégé à la Faculté de Montpellier.
FIZEAU, professeur à la Faculté de Paris.
GIBERT, agrégé à la Faculté de Paris.
GIRAUDY, secrétaire-perpétuel de la Société de Médecine Pratique de Paris.
GODELLE, médecin de l'Hôtel-Dieu de Soissons.
GOUPIL, docteur en médecine.
GUIBERT, docteur en médecine.
ITARD, médecin de l'hospice des Sourds-Muets.
JACOB BOUCHENEL, docteur en médecine.
KERGARADEC, agrégé à la Faculté de Paris.
LAENNEC, D. M. P., médecin des Dispensaires.
LATOUR, docteur en médecine.
VALLERAND, docteur en médecine.

THÉRAP. ET MATIÈRE MÉD.

MM.
ALIBERT, médecin en chef de l'hôpital St-Louis.
BARBIER, méd. en chef de l'Hôtel-Dieu d'Amiens.
BLAUD, méd. en chef de l'hôpital de Beaucaire.
BOUSQUET, secrétaire du conseil de l'Académie royale de Médecine.
DE LENS, inspecteur-général de l'université
DOUBLE, memb. de l'Acad. royale de Médecine.
SEGALAS, agrégé à la Faculté de Paris.

CLINIQUE.

CAYOL, CHOMEL, RÉCAMIER, professeurs de Clinique à la Faculté de Paris.
BAYLE, agrégé en exercice à la Faculté, médecin des Dispensaires.
DE LAGARDE, médecin de l'hôpital de Nevers.
GENEST, chef de Clinique à l'Hôtel-Dieu.
GUENEAU DE MUSSY, médec. de l'Hôtel-Dieu.
MARTINET, agrégé à la Faculté de Strasbourg, ancien chef de Clinique à l'Hôtel-Dieu de Paris.
LAENNEC, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

HYGIÈNE ET MÉDECINE LÉGALE.

BALLY, médecin de la Pitié.
DESLANDES, docteur en médecine.
DÉVILLE, docteur en médecine.
LENORMAND, docteur en médecine.
JOLLY, docteur en médecin.
PARENT-DUCHATELET, agrégé à la Faculté de Paris.
PARISET, secrétaire perpétuel de l'Académi royale de médecine.
PELLETAN, professeur à la Faculté de Paris.
PRUNELLE, anc. prof. à la Faculté de Montpell.
REVEILLE-PARISE, membre adjoint de l'Académie royale de Médecine.
RIBES, professeur à la Faculté de Montpellier.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANG.

ARNAUD, docteur en médecine.
DESALLE, docteur en médecine.
FONTANEILLES, docteur en médecine.
GASC, médecin de l'hôpital de la Garde royale.
MONOD, docteur en médecine.
RIESTER, docteur en médecine.
THILLAYE, docteur en médecine.

SCIENCES ACCESSOIRES.

ANDRIEUX, docteur en médecine.
BRIQUET, agrégé à la Faculté de Paris.
GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, membre de l'Institut.
JULIA-FONTENELLE, professeur de chimie médicale.
LASSAIGNE, prof. à l'École Vétérin. d'Alfort.
PEYRON, docteur en médecine.

PARIS. — IMPRIMERIE DE COSSON,
RUE SAINT-GERMAIN-DES-PRÉS, N° 9.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

Journal de Clinique

DE L'HOTEL-DIEU, DE LA CHARITÉ,

ET DES GRANDS HOPITAUX DE PARIS;

ET

Nouvelle Bibliothéque médicale,

PAR MM.

CAYOL et **RÉCAMIER**, professeurs de clinique médicale de la Faculté de Médecine, à la Charité et à l'Hôtel-Dieu de Paris;

BAYLE, agrégé en exercice près la Faculté de Médecine de Paris;

MARTINET, agrégé près la Faculté de Médecine de Strasbourg.

1830.

TOME PREMIER.

A PARIS,

CHEZ GABON, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, N° 10;

A MONTPELLIER, CHEZ LE MÊME LIBRAIRE;

ET A BRUXELLES, AU DÉPÔT DE LIBRAIRIE MÉDICALE FRANÇAISE,

1830.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

Journal de Clinique

DE L'HOTEL-DIEU, DE LA CHARITÉ,

ET DES GRANDS HOPITAUX DE PARIS.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

EXPOSÉ

De quelques faits de chirurgie-pratique, dans lesquels ont été employés ou des moyens trop peu usités, ou des moyens tout-à-fait nouveaux dans l'art ;

(*Mémoire lu à l'Académie des sciences le 2 novembre* 1829.)

Par M. Roux, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien en second de l'hôpital de la Charité, etc.

J'ai été assez heureux pour pouvoir, à diverses époques, soumettre au jugement de l'Académie quelques travaux en chirurgie qui me semblaient ne pas devoir être sans quelque influence sur les progrès de l'art, et qui devaient acquérir un nouveau prix s'ils obtenaient la sanction du

premier corps savant de l'Europe. L'Académie a daigné les accueillir favorablement, et par un bonheur que j'osais à peine espérer, le temps a confirmé les éloges qu'elle a bien voulu leur accorder. Quelques vues nouvelles qu'ils renfermaient sont devenues l'objet d'une faveur générale; et surtout certaines modifications à des procédés chirurgicaux déjà connus, ou des opérations tout-à-fait nouvelles, sont mises journellement en pratique par les chirurgiens, et *ont pris rang* parmi les véritables conquêtes de la chirurgie moderne. C'est ainsi que de nouveaux faits sont venus confirmer ce que j'avais pour la première fois expérimenté sur moi-même par rapport au strabisme, savoir qu'il est possible de rétablir l'équilibre de force, l'harmonie d'action et la concordance des mouvemens entre les deux yeux dans le strabisme qui dépend de la faiblesse primordiale d'un de ces organes, en faisant exercer exclusivement cet œil le plus faible pendant un laps de temps plus ou moins long. C'est ainsi que mes recherches sur l'opération de la cataracte ont heureusement contribué à faire rentrer cette opération dans le domaine général de la chirurgie en même temps qu'à diminuer les préventions trop favorables que Scarpa avait fait naître pour la méthode de l'abaissement, et à ramener les esprits vers la méthode si parfaite de l'extraction. C'est ainsi que les avantages de la réunion immédiate des grandes plaies, notamment de celle qui succède à l'amputation des membres, méthode dont j'ai plaidé la cause, ne sont plus guère contestés maintenant. C'est ainsi que la staphyloraphie ou suture du voile du palais dont je communiquai à l'Académie le premier fait il y a dix ans, par l'organe même du jeune médecin du Canada pour lequel je l'avais imaginée, est devenue une des opéra-

tions les plus communes, je dirais presque les plus vulgaires de la chirurgie.

Il me serait doux d'obtenir le même accueil de l'Académie pour le travail que je vais avoir l'honneur de lui communiquer, et de voir sanctionnés par elle mes nouveaux efforts pour le perfectionnement de l'art auquel j'ai consacré ma vie. Ce n'est point un travail suivi sur un sujet déterminé; c'est une succession de faits qui, bien qu'un peu différens les uns des autres, ont néanmoins un double caractère principal, et sont relatifs à ce qu'on pourrait appeler la chirurgie conservatrice et la chirurgie réparatrice. Qu'on me pardonne d'employer ces qualifications et d'établir ces distinctions en parlant d'un art auquel on peut attribuer un but unique. Il est de toute vérité qu'au milieu de ses nombreuses applications particulières, la chirurgie montre dans quelques circonstances, bien plus éminemment que dans d'autres, son pouvoir conservateur, comme aussi, dans certains cas, elle applique plus spécialement ses ressources et ses moyens à la réparation, à la restauration de nos organes; et, sous ce double point de vue, il s'en faut qu'elle ait encore atteint ses dernières limites, et peut-être vais-je prouver qu'elle peut s'enrichir encore de nouvelles inspirations et d'inventions utiles. Bien différens de beaucoup d'autres faits qui, encore qu'ils soient réels au fonds, et vrais à quelques égards, se montrent cependant, par leur caractère même, environnés d'une certaine obscurité, et laissent dans l'esprit des doutes sur quelques-unes des circonstances qu'ils embrassent, ceux que je vais avoir l'honneur de rapporter sont simples et concluans par eux-mêmes; ils portent avec eux leurs conséquences, à tel point que j'affaiblirais peut-être l'intérêt qu'ils présentent

si je les faisais précéder ou si je les accompagnais tous ensemble ou chacun en particulier de longues considérations.

PREMIÈRE PARTIE.

Resection des os.

Pendant long-temps, la chirurgie n'a connu d'autre ressource que l'amputation du membre malade dans les tumeurs blanches des articulations parvenues à leur dernier période. Actuellement encore, c'est à ce moyen extrême qu'on a recours le plus ordinairement. Cependant il en est un autre que White, habile chirurgien de Manchester, proposa pour l'articulation du bras vers le milieu du siècle dernier, que Parck, de Liverpool, étendit à l'articulation du genou, et qu'ont préconisé, pour les autres articulations des membres, trois chirurgiens français dont les noms ne peuvent être prononcés avec trop d'éloges, MM. Moreau père et fils, et Champion, de Bar-le-Duc; c'est la resection des seules parties osseuses de l'articulation malade. Ce qui a fait naître l'idée de ce retranchement des seules extrémités articulaires dans une tumeur blanche, dont les progrès compromettent la vie, c'est que, dans les affections de ce genre, alors même que toutes les parties constituantes d'une articulation semblent envahies, elles ne le sont jamais toutes ni de la même manière, ni au même degré; l'altération des os est presque toujours l'altération dominante; c'est par les os d'ailleurs, ou par la membrane synoviale qui tapisse l'intérieur de toute articulation mobile, que l'affection commence dans un grand nombre de cas. Les parties molles circonvoisines ne s'affectent que consécutivement;

et alors qu'elle se montre avec les apparences les plus graves, elle peut disparaître après l'ablation des portions d'os malades; les parties molles sont susceptibles de revenir et reviennent en effet plus ou moins promptement à un état qui diffère peu de l'état naturel. C'est sur cela que sont fondés l'espoir et la possibilité de conserver, avec un certain degré d'impuissance et de difformité, un membre dont le sacrifice entier semblait inévitable, en retranchant les seules parties osseuses qui concourent à former une articulation. Chose singulière! selon que la resection a été faite dans telle articulation ou dans telle autre, ou bien les os raccourcis, après s'être rapprochés, se soudent et se confondent; une union parfaite s'établit entre eux, comme celle qui s'opère entre les deux pièces d'un os fracturé; ou bien ils restent à jamais mobiles l'un sur l'autre: là où était l'articulation reséquée s'établit une sorte de pseudarthrose ou fausse articulation à mouvemens très-irréguliers; on voit cela particulièrement au coude, quelque soin qu'on ait pu prendre de maintenir le membre dans le repos le plus absolu, dans l'immobilité la plus parfaite, eu égard à la destination et aux usages du membre supérieur. C'est un avantage sous quelques rapports; c'est une source d'inconvéniens sous d'autres, et, somme toute, peut-être vaudrait-il mieux que la nature se prêtât à la formation d'une fausse articulation, avec flexion permanente de l'avant-bras sur le bras.

Cela étant, nul doute, à ce qu'il semble, que, pour les tumeurs blanches avec altération des extrémités articulaires, la resection de ces parties osseuses ne soit de beaucoup préférable à l'amputation, puisque, par elle, on a l'espérance de conserver un membre qui sera informe, il

est vrai, mais pourtant encore habile à remplir plus ou moins bien ses fonctions naturelles : cependant l'opération dont il s'agit ne compte, parmi les chirurgiens de nos jours, qu'un très-petit nombre de partisans.

Malgré les succès assez multipliés qu'en ont obtenu MM. Moreau et Champion, de Bar-le-Duc, une grande défaveur y est attachée; et je ne crois pas trop me hasarder en disant qu'à Paris je suis le seul qui l'ait pratiquée un assez grand nombre de fois pour avoir pu en apprécier au juste les difficultés, pour en bien connaître les avantages et les inconvéniens.

Peut-être fait-on bien d'y renoncer, peut-être faut-il y renoncer à jamais pour les articulations des membres inférieurs, et particulièrement pour l'articulation du genou, qui sont trop étendues : la resection produit un trop grand désordre; trop d'accidens seraient à redouter. Une fois, une fois seulement, je l'ai faite au genou, malgré moi, et par la volonté expresse du malade; l'issue a été funeste; le malade est mort au dix-neuvième jour. Et quand bien même on obtiendrait, avec la vie sauve, la conservation du membre, un tel membre serait probablement plus gênant, plus incommode pour la station, pour la progression, que ne l'est le membre artificiel qu'on fait porter aux individus qui ont subi l'amputation de la cuisse.

Mais pour le membre supérieur, destiné chez l'homme à de si nobles et de si importans usages, si utile encore alors qu'il a subi quelque mutilation et qu'il est plus ou moins difforme, pourvu que la main soit conservée, c'est à tort qu'on ne cherche pas à tirer tout le parti possible de la résection dans les maladies articulaires dont un membre est si souvent le siége. Au coude surtout elle offre, à mon sens, les plus grands avantages, et j'ai peine à com-

prendre comment tant de chirurgiens habiles lui préfèrent absolument l'amputation du bras. Sans doute, la resection du coude, et par là j'entends le retranchement de toute l'extrémité inférieure de l'humérus et de l'extrémité supérieure de chacun des os de l'avant bras, est d'une exécution, sinon difficile, au moins laborieuse. Quinze ou vingt minutes suffisent à peine pour la pratiquer convenablement : elle laisse après elle une plaie fort étendue, et malgré le soin qu'on doit avoir de rapprocher et de réunir des lambeaux formés pour mettre les os à découvert, cette plaie suppure abondamment ; à quoi il faut ajouter que ce n'est qu'après plusieurs mois qu'une guérison est opérée. Mais que si le membre est conservé et rendu à ses fonctions, et si la vie n'est pas plus compromise ou même l'est moins par une resection du coude qu'elle ne l'est par l'amputation du bras, combien tous ces inconvéniens ne sont-ils pas avantageusement compensés ? Or, cette heureuse compensation est bien établie par les faits suivans, qui, sans qu'ils soient en eux-mêmes ni plus curieux ni plus importans que ceux dont l'art et la science sont redevables à MM. Moreau et Champion, sont au moins plus nouveaux, et de nature, je l'espère, à porter quelque conviction dans les esprits.

J'ai fait quatre fois la resection du coude; la première fois en 1819, il y a dix ans; la dernière, il y a quelques mois seulement : dans un cas, au bras droit; dans les trois autres, au bras gauche. Trois des quatre sujets étaient des hommes dont le plus âgé avait trente-sept ans, les deux autres n'en ayant que vingt-un ou vingt-deux. Le quatrième était une jeune fille de dix-neuf ans. Chez tous l'affection du coude, probablement d'origine scrofuleuse, était portée au dernier degré : il y avait des fistules multipliées

autour de l'articulation prodigieusement tuméfiée ; et l'opération a permis de constater combien était grande la dégénération fongueuse du tissu cellulaire, et l'altération des os dans leur partie articulaire. Je ne décrirai pas autrement la maladie dans chacun de ces cas en particulier ; je ne dirai pas non plus quel procédé, à peu près semblable dans tous, j'ai suivi pour la resection elle-même ; ni moins encore quels soins ultérieurs j'ai dû prendre pour seconder la nature dans le travail qui devait avoir pour terme la guérison des plaies et la conservation telle quelle du membre. Faire connaître les résultats définitifs est ici mon seul but. Or, des quatre sujets auxquels j'ai fait la resection du coude, un seul a succombé à des accidens causés immédiatement par l'opération : c'est celui auquel je l'avais pratiquée il y a quelques mois seulement. Déjà le premier appareil de la plaie avait été levé, et plusieurs pansemens successifs avaient été faits, et déjà la suppuration était bien établie dans l'intérieur de cette plaie ; déjà enfin j'avais enlevé les fils des nombreux points de suture au moyen desquels les lambeaux des parties molles avaient été maintenus rapprochés et contigus les uns aux autres par leurs bords correspondans, lorsqu'une première hémorrhagie se déclara sous ces lambeaux ; plusieurs autres eurent lieu successivement. Il fallut songer à l'amputation du membre. Peut-être hésitai-je trop à la faire, et ne me décidai-je pas assez promptement : la mort s'ensuivit après trois jours.

Chez les trois autres sujets dont j'ai parlé, au contraire, aucune circonstance grave n'est venue compliquer et n'a entravé ni les suites immédiates, ni les suites éloignées de l'opération ; chez aucun d'eux la vie n'avait été un seul moment en danger : sans doute les phénomènes qui de-

vaient annoncer la guérison ne se sont pas succédé avec toute la rapidité désirable ; j'ai pu avoir à craindre, dans certains momens, les effets d'une suppuration trop abondante ; j'ai eu à me garantir de ceux de la stagnation et du croupissement du pus, ou à y obvier par quelques soins particuliers ; et si l'un de ces trois malades a été guéri complétement après trois mois seulement écoulés depuis l'époque à laquelle toute l'articulation du coude lui avait été retranchée, les deux autres, au contraire, ne l'ont été qu'après huit ou dix mois ; mais enfin, chez ces trois sujets, il y a eu conservation du membre ; le bras a recouvré en partie ses fonctions. Malheureusement l'un d'eux, c'est celui que j'opérai le premier, en 1819, a été atteint d'une phthisie aiguë, quelques mois seulement après avoir commencé à jouir du libre exercice de son membre ; il a succombé à cette maladie, dont peut-être il portait le germe avant que je ne lui fisse la resection du coude. Les deux autres qui ont été opérés, l'un il y a deux ans, et l'autre il y a trois ans, ont survécu jusqu'à ce jour ; tous deux sont à Paris et y travaillent, et si je n'avais pas craint de choquer les usages de l'académie ou d'annoncer trop de prétention, j'aurais présenté l'un ou l'autre ; l'examen du membre aurait été plus curieux et plus convaincant encore que ne peut l'être celui d'une figure. De ces deux sujets pleins de vie et jouissant de la santé la plus parfaite, l'un a repris sa profession de rémouleur et s'est établi gagne-petit sur l'un des ponts de la capitale ; l'autre, c'est la jeune fille, a repris pareillement son état de couturière en robes.

Ablation du premier os du métacarpe et du métatarse.

Le même dessein qui a conduit à pratiquer le retran-

chement des parties osseuses dans les grandes articulations affectées de tumeur blanche, celui de tenter la conservation de tout un membre, qu'autrement il faut amputer, ou, si l'on veut, d'éviter une grande mutilation par une mutilation moindre, m'a fait imaginer, pour conserver le pouce, cette partie si essentielle de la main, une opération qu'à mon exemple d'autres chirurgiens ont déjà adoptée et mise en pratique : c'est l'ablation isolée, mais complète ou partielle, du premier os du métacarpe, les deux phalanges du pouce restant unies à sa main. Comment, en effet, un peu prévenu en faveur des grandes resections articulaires, n'aurais-je pas été et ne serais-je pas encore enclin à en étendre le cercle, pour ainsi parler, ou du moins à entrer dans des voies insolites, mais plus ou moins comparables à celle-là? D'ailleurs, que n'est-on point autorisé à entreprendre pour conserver le pouce dont le jeu fait toute la perfection de la main, qui est tout pour le membre supérieur? Un homme avait un ostéo-sarcôme du premier os métacarpien, c'est-à-dire que cet os principal de la main, qui supporte le pouce, avait pris dans toute sa longueur un énorme développement, en même temps qu'à travers des ouvertures fistuleuses dont étaient percées en plusieurs points l'éminence thénar et la région dorsale de la main, on découvrait que cet os était profondément altéré dans sa structure. Cependant ses deux articulations avec la première phalange du pouce, d'une part, et de l'autre, avec l'os trapèze du carpe, paraissaient être dans une intégrité parfaite. Malgré cela, il semblait n'y avoir d'autre parti à prendre que d'enlever tout le pouce avec l'os malade, dans l'articulation de ce dernier avec le trapèze; c'est très-certainement ce qu'on a dû faire de tout temps en pareille circonstance; mais le malade, encore fort jeune,

était tailleur, et son mal existait à la main droite. Que sais-je? s'il eût été plus avancé dans la vie, ou habituellement livré à des travaux qui exigeassent moins de perfection dans les mouvemens de la main, ou si son mal avait existé du côté gauche, peut-être n'aurais-je pas eu la pensée qui me vînt soudainement d'enlever l'os du métacarpe seulement, et tout cet os en conservant les deux phalanges du pouce. Le hasard a eu tant de part à des découvertes ou à des inventions bien autrement importantes! J'ignorais tout-à-fait ce qui adviendrait après cet enlèvement du premier os métacarpien, et comment la nature comblerait le vide qui devait en résulter et jusqu'à quel point se rétabliraient les mouvemens du pouce. Je n'en mis pas moins mon projet à exécution: je me fis une voie pour parvenir à l'os en enlevant une pièce ovalaire de la peau en dehors de l'éminence thénar, et je ménageai le plus possible les tendons des muscles extenseurs et abducteurs du pouce, et l'os, disjoint par ses deux extrémités, fut enlevé, non pas en une seule pièce, mais par fragmens. A partir du moment où la suppuration commença à s'établir dans la plaie profonde qui résulta de cette ablation, on vit le pouce se rapprocher insensiblement de la partie la plus élevée de la main: l'intervalle qui l'en séparait s'effaça de plus en plus: probablement la première phalange du pouce s'est mise en contact immédiat avec l'os trapèze; ou bien une substance intermédiaire assez solide a réuni ces deux os en permettant au premier un certain degré de mobilité. Toujours est-il que, sans que la main ait perdu beaucoup de ses formes naturelles, le pouce a conservé toute la liberté de ses mouvemens. L'individu qui a été le sujet de cette première ablation isolée du premier os du métacarpe a pu reprendre sa profession de tailleur. Il y a huit ans que

cette opération a été pratiquée. M. Blandin, que je comptais alors parmi mes élèves distingués, et qui depuis a pris rang parmi les hommes qui composent la nouvelle génération chirurgicale, m'a imité et fait pareillement l'ablation du premier os métacarpien, en même circonstance à peu près et avec le même bonheur. Je n'avais point eu moi-même une autre occasion de la pratiquer de nouveau, lorsqu'elle me fut offerte, il y a un mois, chez un homme qui, deux mois auparavant, avait eu l'éminence thénar de la main droite saisie par la dent d'un cheval. Le premier os du métacarpe avait été brisé dans les deux tiers supérieurs, et les fragmens de cet os entretenaient un engorgement considérable et une suppuration abondante dans toutes les parties circonvoisines. Toutefois, comme après avoir eu mis cet os à découvert, j'ai reconnu que l'extrémité inférieure ne participait pas au désordre, j'ai conservé cette partie en coupant l'os de dessous en dessus avec une petite scie à chaîne engagée au moyen d'un conducteur, instrument que j'ai emprunté à la chirurgie anglaise, et qu'on peut utiliser dans un grand nombre de circonstances. Cet homme sera complétement guéri dans très-peu de jours, conservant ainsi plus court que l'autre, de la longueur d'une phalange environ, le pouce de la main droite, dont, sans aucun doute, on l'eût contraint à faire l'entier sacrifice il y a quelques années.

Cette possibilité de conserver le pouce à la main par l'ablation de la totalité ou d'une partie seulement du premier os du métacarpe, dans les maladies de cet os, bien constatée par les faits, devait naturellement conduire à l'idée de tenter la conservation du gros orteil au pied, en retranchant une partie du premier os du métatarse, dans les affections dont l'extrémité antérieure de cet os est si

souvent le siége. L'occasion d'en agir ainsi s'est offerte, pour la première fois, au jeune chirurgien dont je prononçais le nom il y a un moment : le succès a couronné son entreprise; et, de mon côté, j'ai fait deux fois la même opération nouvelle dans le cours de cette année, et dans les deux cas avec le même résultat heureux. J'en conviens, la conservation du gros orteil au pied est une chose bien moins importante que ne l'est la conservation du pouce à la main; le gros orteil même, avec l'os qui le supporte, est moins utile pour la station et tous les actes locomoteurs auxquels sont destinés les membres inférieurs, que ne l'est le pouce pour les fonctions de la main; mais c'est déjà beaucoup que d'éviter l'enlèvement complet d'un doigt, d'un orteil, avec ou sans une portion d'os du métacarpe ou du métatarse. La pratique de la chirurgie ne démontre que trop que de telles opérations sont bien souvent suivies d'accidens fort graves ou même d'acidens mortels.

Tels sont les faits du premier ordre que j'avais à communiquer à l'académie.

IIe PARTIE.

Staphyloraphie.

Réparer de grands désordres physiques, de grandes difformités tantôt horribles à voir, tantôt simplement nuisibles, tel est le but important que la chirurgie se propose dans beaucoup de circonstances. Sous ce rapport, elle se prête encore à d'heureuses innovations. C'est surtout au visage, ou même vers les parties profondes de la face, que l'on remarque souvent les plus grandes comme les plus

graves difformités; elles y sont, comme ailleurs, tantôt natives ou originelles, tantôt accidentelles ou consécutives à d'autres lésions. Celles-ci doivent varier et varient, en effet, à l'infini; celles-là, au contraire, qui ne sont toutes que le résultat d'une anomalie dans les lois du développement des organes, ont quelque chose de plus constant dans leur manière d'être; aussi les chirurgiens se sont-ils montrés dès long-temps ingénieux dans l'art de réparer les difformités natives de la face. Il en est une toutefois des plus graves et des plus communes, qu'ils avaient considérée comme inattaquable, pour laquelle l'art avait dès long-temps aussi déclaré son impuissance, et que maintenant, au contraire, on fait disparaître sans peine : c'est la division du voile du palais. Me sera-t-il permis de parler du service que je crois avoir rendu à la société en imaginant la STAPHYLORAPHIE, opération si souvent indiquée, que je l'ai faite, il y a peu de temps, pour la quarante-septième fois, sans compter qu'elle a été pratiquée par d'autres chirurgiens, tant en France que dans les pays étrangers? Combien d'individus ont recouvré par elle le don d'une parole facile et agréable! combien peuvent se livrer maintenant aux plus honorables carrières de la société, que leur infirmité aurait forcés à vivre dans un état d'isolement! En créant cette suture du voile du palais, j'étais loin de présumer qu'elle serait d'une utilité aussi grande, aussi générale; d'ailleurs, je ne l'avais cru applicable d'abord qu'aux divisions simples du voile du palais, ou plutôt j'avais échoué dans mes premières tentatives pour les cas de division de ce voile avec la diduction des deux moitiés de la voûte palatine. Mais depuis que, pour les cas de ce genre, j'ai apporté à l'opération principale la très-simple modification de faire de chaque côté

une section transversale immédiatement au-dessous du rebord postérieur de la voûte palatine, de manière à permettre l'élargissement de chacune des deux portions du voile du palais; les succès que j'obtiens sont proportionnément les mêmes; seulement, après la reconstruction du voile du palais, dans les cas de disjonction de cet os, il reste à la voûte palatine une ouverture plus ou moins large et plus ou moins étendue en longueur, qui se resserre lentement et disparaît à la longue, si les sujets sont encore jeunes, mais à laquelle il faut adapter un obturateur lorsqu'ils sont plus âgés.

On trouvera, sans doute, un intérêt de ce genre dans ce que je vais raconter des tentatives auxquelles je me suis livré pour réparer certaines mutilations accidentelles du visage. A cause de cela, sans doute, que les mutilations ou difformités accidentelles du visage sont variables à l'infini, qu'elles peuvent se montrer avec des dimensions considérables non moins qu'avec des formes singulières et bizarres, et que, d'ailleurs, au lieu de consister, comme les difformités natives en de simples divisions, elles consistent presque toutes en des pertes de substance, des destructions de parties plus ou moins étendues, on a presque entièrement négligé l'art de les réparer; la chirurgie a vraiment fait peu de progrès sous ce rapport. La fabrication d'un nez nouveau, opération qui remonte à des temps déjà éloignés, et qui après avoir été abandonnée a repris quelque faveur de nos jours, est ce qu'on a tenté de plus remarquable; et cependant, dans quelle autre partie du corps la nature se prête-t-elle mieux qu'au visage à seconder les inspirations et les procédé de l'art? Quel ensemble, quel concours de dispositions favorables pour y entreprendre avec les plus grandes probabilités de succès toutes

sortes de restaurations! une grande souplesse et beaucoup d'extensibilité dans les parties molles de la face elle-même et dans celles qui les entourent; des tégumens à la fois épais et pourvus de nombreux vaisseaux capillaires, ces mêmes tégumens presque partout doublés et renforcés par un panicule charnu, qui presque partout aussi leur est assez intimement uni; sur plusieurs points de grosses branches artérielles, dont les divisions infinies forment un réseau vasculaire admirable, dans lequel se fait une circulation des plus actives; par suite enfin, et peut-être aussi indépendamment de cette dernière disposition, une grande énergie vitale dans toutes les parties molles du visage. De tout cela résulte une facilité qu'on ne trouverait point ailleurs au même degré, de faire éprouver à ces parties un allongement plus ou moins considérable, une distension plus ou moins grande; de là aussi la possibilité que la vie se conserve dans des lambeaux qui ne sont plus continus au système vasculaire que par une base fort étroite ou par un simple pédicule, et par conséquent la possibilité d'emprunter à une région du visage pour donner à une autre, de suppléer à des parties qui manquent en faisant éprouver à d'autres, tantôt d'une manière soudaine, tantôt d'une manière lente et successive, des déplacemens, des transpositions, en faisant pour ainsi dire des transplantations de peau et de chairs. Les faits suivans prouveront si j'ai su utiliser de la manière la plus convenable les ressources de la nature, et si je puis prétendre au mérite d'avoir suivi avec quelque bonheur, et aussi avec quelque avantage pour l'art, une voie à peine ouverte à de nouvelles conquêtes chirurgicales.

Il y a trois ans environ, qu'à peu près à la même époque et par un singulier hasard, nous reçûmes à l'hôpital de

la Charité trois femmes horriblement défigurées à la suite d'affections gangréneuses qui avaient causé la séparation d'une portion considérable des lèvres et de l'une des joues dans toute leur épaisseur; chez l'une de ces femmes il y avait même destruction d'une des parois du nez. Ces trois femmes n'étaient guère avancées dans la carrière de la vie : la plus âgée n'avait que vingt-deux ans; l'une d'elles n'en avait que dix-huit. Elles devaient donc éprouver bien long-temps encore le tourment et le profond chagrin de ne pouvoir se montrer qu'avec une partie du visage soustraite aux regards de leurs semblables. Toutefois elles ne présentaient pas exactement la même mutilation, comme bien l'on pense. Les trois cas reconnaissaient bien la même origine et avaient bien le même caractère, mais ils différaient quant à l'étendue et au mode de circonscription de la perte de substance qu'avaient éprouvée les parties molles du visage.

Chez l'une de ces femmes il y avait eu seulement destruction de toute la moitié droite de la lèvre supérieure. Le mal était si récent, qu'une portion de la mâchoire, qui avait été frappée de nécrose en même temps que les parties molles avaient été gangrénées, n'était point encore tombée: j'eus à l'extraire avant de songer à réparer la difformité de la lèvre. Ce que je fis dans ce dernier cas ne mérite pas d'être rapporté avec détail : bien qu'une portion fort considérable de la lèvre supérieure manquât, je parvins à combler le vide par une opération à très-peu près semblable à celle que nous pratiquons journellement pour le bec de lièvre; j'éprouvai seulement plus de difficultés qu'on n'en éprouve lorsqu'il s'agit de rapprocher et de faire adhérer entr'elles des parties qui ne sont que disjointes, ou plutôt dont la séparation n'est que le résultat d'un arrêt

de développement et d'une anomalie dans l'évolution naturelle des organes. J'attache donc peu d'importance à ce premier cas, que je n'ai rapporté qu'occasionellement; et toutefois, puisqu'en le mentionnant j'ai été conduit à parler du bec de lièvre en général et à rappeler l'ingénieuse théorie des vices naturels de conformation de nos organes, qu'il me soit permis de noter ici le fait suivant comme se rattachant sans doute à cette théorie, et en tout cas comme très-remarquable par sa rareté; je n'en avais point encore observé de semblable. Il y a quinze jours ou trois semaines qu'on me présenta un enfant de trois ans qui avait une division congénitale de l'aile droite du nez; cette aile était fendue verticalement dans l'étendue de six à huit lignes environ. On sentait au-dessus de la fente une légère dépression, comme si l'os propre du nez et l'os maxillaire étaient disjoints et tant soit peu écartés l'un de l'autre; dans la bouche, à la voûte palatine, une saillie médiane assez prononcée séparait deux rainures parallèles ou gouttières, mais sans division aucune à cette partie. Je n'ai pas besoin de dire que, par une petite opération imitée de celle du bec de lièvre, j'ai fait disparaître ce vice originel de conformation du nez; c'est considéré en lui-même, ou sous le rapport de son mode de développement et non relativement au moyen employé pour la guérison, que le cas dont il s'agit peut offrir quelque intérêt; c'est sous ce rapport aussi que je le livre à la pensée des hommes qui ont si profondément médité sur l'origine, la cause et le mécanisme, si l'on peut ainsi dire, des difformités natives de nos organes.

Je reviens aux cas de mutilations accidentelles du visage dont j'avais commencé l'histoire. Chez l'une c'était les deux lèvres qui manquaient presque en totalité; il ne

restait qu'une très-petite portion de chacune d'elles à droite; la perte de substance s'étendait au bas jusqu'à peu de distance de la base de la mâchoire, en haut, jusqu'au niveau de l'aile du nez; à gauche, elle anticipait tant soit peu sur la joue. La jeune fille dont il s'agit, qui aurait dû être d'une beauté remarquable, à juger d'elle par la disposition du nez, des yeux et de toute la partie supérieure du visage, que couronnait une belle chevelure brune, était au contraire horrible à voir; elle l'était d'autant plus, que la destruction d'une si grande partie des deux lèvres datait de l'enfance du sujet, et avait été causée par la gangrène bien avant que les os eussent pris tout leur accroissement; il s'en était suivi une étrange conformation des deux arcades alvéolaires: les os maxillaires n'étant plus soutenus par les lèvres, s'étaient arqués considérablement en avant, et leur courbe aggrandie proéminait entre les bords de la solution de continuité des lèvres. C'est une chose remarquable et qui n'a peut-être point encore été étudiée autant qu'elle méritait de l'être, que l'influence du jeu, de l'action ou même de la seule présence des parties molles, surtout des parties molles agissantes et contractiles, sur la conformation des os, avant que le développement de ceux-ci soit arrivé à son terme. Qu'elle vienne à manquer par une cause ou par une circonstance quelconque, les os prennent une conformation anormale plus ou moins singulière, plus ou moins bizarre. Le fait que je raconte en est un exemple remarquable. Qu'elle vienne, au contraire, à s'exercer après qu'elle a manqué pendant un laps de temps plus ou moins long, alors certaines dispositions défectueuses des os peuvent disparaître; cela va jusqu'au point que des os désunis et séparés, et qui n'auraient pas dû l'être, se

rapprochent et se confondent. C'est ce qu'on voit pour les maxillaires supérieurs dans les cas de bec de lièvre compliqué de la diduction de ces os, lorsque l'opération destinée à faire disparaître la difformité de la lèvre est pratiquée dans les premières années de la vie; par le seul fait de la réunion de la lèvre, la communication de la bouche avec les narines disparaît insensiblement. Même chose peut avoir lieu pour la partie la plus reculée de la voûte palatine après la suture du voile du palais dans les cas de division de ce voile avec écartement des os palatins : je l'ai déjà observée plusieurs fois après des opérations faites sur des sujets qui avaient à peine atteint l'âge nubile.

Tels étaient donc l'état des choses et la disposition des parties chez la jeune fille dont il s'agit en ce moment, que, malgré la souplesse et l'extensibilité dont jouissent en général les parties molles du visage, surtout après qu'on a détruit momentanément leurs connexions profondes avec les os qu'elles recouvrent, qu'on ne pouvait pas songer à faire avancer ce qui restait des lèvres et de la joue gauche sur la double saillie formée par les arcades alvéolaires; il n'y avait pas moyen non plus d'emprunter à des parties voisines pour combler le vide que présentait chacune des deux lèvres. Eussé-je pu triompher des obstacles de l'une ou de l'autre de ces deux manières, il est probable que les mâchoires n'auraient pas repris une conformation régulière, et que le sujet n'aurait été délivré que d'une partie de son horrible difformité; mais il me parut qu'il y avait un parti à prendre : c'était d'enlever toute la portion saillante, tout l'excédant de l'une et de l'autre mâchoire; en retranchant ainsi quelque chose des os, en réduisant, pour ainsi parler, leurs dimensions à celles des parties molles, on devait pouvoir ensuite rapprocher celles-ci et

les réunir; leur réunion s'effectuant, et la continuité étant rétablie entre les lèvres et les joues, la difformité était alors réduite au moindre degré possible, il ne devait plus y avoir que des cicatrices extérieures linéaires accompagnant une dépression plus ou moins grande, une sorte de reculement de toute la partie inférieure du visage. Après y avoir mûrement réfléchi, je ne vis rien de bizarre dans ce projet; l'infortunée jeune fille donna d'abord son consentement pour toutes choses. Toutefois il n'aurait pas été sans inconvénient d'agir en même temps, le même jour, sur les deux mâchoires, et de travailler à refaire les deux lèvres par une seule et même opération; je résolus d'opérer en deux sens en commençant par la mâchoire inférieure. J'enlevai une partie de cet os de la largeur d'un pouce environ, le rapprochement des deux parties qui restaient permit le rapprochement et la réunion des parties molles extérieures; tout se passa, et tout réussit au gré de mes désirs pour cette première partie de l'opération projetée. Vint le moment, quelques semaines plus tard, et lorsque la mâchoire inférieure fut consolidée, de faire en haut ce que j'avais fait au bas. Je devais éprouver de plus grandes difficultés, parce qu'une portion du rebord alvéolaire de la mâchoire supérieure étant enlevée, l'état naturel de fixité de cette mâchoire ne m'aurait pas permis d'en rapprocher les deux portions latérales, comme j'avais pu rapprocher les parties conservées de la mâchoire inférieure mobiles dans leur double articulation; mais le mérite de triompher de ces difficultés ne m'était point réservé ! Bien que la première opération n'eût été ni très-laborieuse ni très-cruelle, la malade ne voulut jamais consentir à une seconde; soit caprice, soit appréhension extrême de nouvelles souffrances, ou indifférence pour

sa difformité devenue en effet déjà moins hideuse, cette jeune fille me quitta pour retourner à Limoges, son pays; je lui avais rendu une lèvre inférieure à peu près régulière, et ce premier succès semblait faire présager la réussite des mêmes moyens employés pour restaurer la lèvre supérieure. Je ne désespère pas de la revoir lorsque sa raison sera plus affermie.

Combien fut différente, au contraire, la troisième jeune femme dont il me reste à parler! De quelle patience elle se montra douée! La résignation pour consentir à des souffrances vives et plusieurs fois répétées, et pour les supporter, ne va pas au delà; c'est le courage stoïque dans toute sa force. Il fallait cela, à la vérité, pour que l'art obtînt le triomphe que je vais raconter. Dans ce dernier cas, il y avait destruction complète de toute la moitié gauche de la lèvre supérieure, de l'aile du nez du même côté, et de la joue correspondante dans toute la portion située au-dessus du plan horizontal de la bouche. L'ouverture résultant de cette énorme perte de substance communiquait dans la narine gauche, et même dans le sinus maxillaire, parce qu'il y avait eu en même temps que gangrène et séparation des parties molles, nécrose et séparation d'une portion de l'os maxillaire supérieur. Elle permettait l'issue presque continuelle de la langue hors de la bouche; cet épouvantable désordre datait de deux années à l'époque à laquelle la jeune fille qui le présentait fut admise à l'hôpital de la Charité, vers le milieu de l'année 1826. Sur toute la circonférence de l'ouverture, les bords étaient bien cicatrisés, et tant en haut du côté de l'orbite qu'en dehors du côté de la pommette, la peau et les chairs restantes adhéraient fortement aux os. Un tel désordre semblait au-dessus des ressources de l'art :

c'est ainsi que j'en jugeai au premier coup d'œil; cependant, après y avoir profondément réfléchi, encouragé d'ailleurs par la prière de cette infortunée jeune fille, j'osai attaquer des difficultés qui paraissaient insurmontables. Le succès a dépassé mon attente. Je suis parvenu à refaire la lèvre supérieure, la paroi externe du nez et la joue; une parfaite continuité est rétablie entre toutes les parties molles du visage; la joue gauche n'est que stygmatisée par quelques cicatrices linéaires qui circonscrivent le lambeau de peau et de chairs qui remplit l'énorme ouverture qu'elle présentait; on dirait la cicatrice d'une brûlure superficielle. Le seul reste un peu choquant de la difformité qui existait, c'est l'étroitesse de la bouche; encore pourrait-on aisément y remédier: il faudrait fendre cette ouverture, et faire cicatriser isolément les deux bords de la petite incision qu'on pratiquerait sur la commissure gauche de la bouche, cette ouverture étant inégalement partagée par la ligne médiane; mais Mlle Joly, c'est le nom de la jeune femme qui est le sujet du cas que je rapporte, rendue maintenant à la santé et à ses travaux, hésite ou plutôt remet chaque jour à subir cette dernière et très-petite opération, non par la crainte de la douleur, mais occupée qu'elle est d'accomplir un pieux devoir qu'elle s'est imposé envers une de ses compagnes de malheur pendant le long séjour qu'elle fit à l'hôpital, et consacrant tous ses instans et le produit du travail de ses mains à cette action de haute vertu, qui mériterait bien une récompense.

Et comment suis-je parvenu à un résultat aussi extraordinaire que celui que j'ai obtenu chez cette fille Joly? En faisant un emprunt à la lèvre inférieure, en formant d'une portion de toute l'épaisseur de cette lèvre un lam-

beau que j'ai fait cheminer successivement de bas en haut, et qui, en effet, amené d'abord au niveau de la lèvre supérieure et ayant concouru pendant un temps à former cette lèvre, en a été ensuite détaché pour être amené au niveau du nez et de la partie la plus élevée de la joue; de telle sorte que la peau et les chairs qui forment maintenant l'aile gauche du nez et la partie correspondante de la joue ont appartenu autrefois à la lèvre inférieure. Sept opérations distinctes, plus délicates et plus difficiles les unes que les autres, mais dont je me garderai bien de donner ici la description détaillée, ont été faites à des intervalles de quelques semaines ou de quelques mois : un an environ a été employé à toutes ces manœuvres. Par une première, qui fut de toutes la moins compliquée, le lambeau pris sur la lèvre inférieure fut porté au niveau de la lèvre supérieure et réuni à ce qui restait de cette lèvre, laquelle fut ainsi recréée et rendue à ses formes naturelles; une bouche dont la disposition n'avait rien de choquant séparait les deux lèvres; déjà la mutilation du visage était moins repoussante, puisqu'elle ne consistait plus qu'en une ouverture à peu près circulaire, placée en dehors du nez; mais cette ouverture était fort grande et communiquait toujours dans les narines et le sinus maxillaire. Deux fois j'essayai de la fermer en attirant la circonférence vers le centre, c'est-à-dire en rapprochant les bords, après avoir détaché, le plus possible, les chairs d'avec les os sous-jacens auxquels elles adhéraient; vains efforts! chaque fois j'obtins seulement une adhésion partielle, bientôt suivie de la déchirure des points de suture. Cette double tentative eut même cela de désavantageux qu'elle causa l'agrandissement de la perte de substance de la joue, puisque chaque fois j'avais dû

enlever quelque peu des chairs pour mettre les bords de l'ouverture en état de cruentation. Je fit tout aussi vainement une troisième tentative dans le même but, mais par un moyen différent : je dédoublai la lèvre supérieure, et relevant en dedans le feuillet buccal, je le fixai par plusieurs points de suture à la circonférence de l'ouverture; la réunion ne s'effectua point. Plus tard je conçus le projet de fermer cette ouverture avec un lambeau de peau pris à la paume de la main de la patiente; bien entendu que ce lambeau devait rester continu à la main elle-même par son sommet ou par une base étroite, jusqu'à ce qu'il fût réuni par ses bords aux bords de l'ouverture de la joue : ce qui exigeait l'application permanente de la main sur le visage pendant plusieurs jours au moins. Cela fut ainsi exécuté, mais sans succès : malgré tous mes soins, le lambeau fut entraîné par le poids de la main. Sincèrement affligé de ces contre-temps, et croyant avoir épuisé toutes les ressources de la chirurgie réparatrice, je ne songeai plus pendant un temps qu'à faire adapter d'une manière telle quelle à l'ouverture de la joue un de ces petits appareils que nous nommons obturateurs. Cet appareil fut construit par un habile ouvrier; mais la jeune fille pour laquelle il était destiné l'ayant vu, déclara formellement qu'elle n'en ferait point usage, et ses instances furent plus vives que jamais, ses supplications plus pressantes, pour que j'imaginasse quelque moyen de lui procurer une complète guérison. C'est alors que, par une heureuse inspiration, l'idée me vint de détruire ce que j'avais fait, d'emprunter à la lèvre supérieure, dès longtemps refaite, tout ce que je lui avais donné, pour combler le vide et remplir l'ouverture qui se trouvait au-dessus, espérant bien, si j'atteignais ce premier but, pouvoir en-

suite rattacher ce qui resterait de cette lèvre à la joue elle-même restaurée. Je n'avais toutefois qu'un vague pressentiment de la réussite. Heureusement il n'a point été trompé, et la nature a merveilleusement secondé mes projets. Le lambeau, porté jusqu'au-dessous de l'orbite, a pu être réuni par plusieurs points de suture au peu qui restait de la paupière inférieure et à la peau du nez, l'adhésion s'est opérée, et bientôt j'ai pu agir une dernière fois pour faire disparaître l'espèce d'échancrure ou de large fente que présentait la lèvre supérieure immédiatement au-dessous de l'aile du nez, j'ai pu reconstituer cette lèvre.

Deux années environ se sont écoulées depuis que cette œuvre si compliquée a été accomplie, et le visage, chez la jeune fille qui en a été le sujet, a pris l'aspect qu'il doit conserver toujours. J'ai déjà dit combien sont légères les traces de tout ce qui a existé et de tout ce qui a été fait; une chose a contribué singulièrement à les rendre si peu marquées : c'est que tout autour de cette portion de la lèvre inférieure, de ce lambeau qui a été déplacé une première fois, puis déplacé encore, puis transplanté dans un lieu éloigné de sa place naturelle, tout en conservant, à ce qu'il paraît, ses dimensions premières, toutes les parties circonvoisines au contraire, toutes celles auxquelles il a été réuni, ont été attirées vers ce lambeau comme vers un centre; elles se sont étendues, élargies. Cela est remarquable surtout à la paupière inférieure, dont la peau présente une hauteur double au moins de celle qu'elle présentait avant que l'opération fût entreprise.

Ce dernier fait que je viens d'exposer, dont tant de personnes ont été témoins, et dont toutes les circonstances pourraient être, au besoin, attestées par l'hono-

rable membre de cette Académie près duquel je remplis mes fonctions à l'hôpital de la Charité, et dont les sages conseils autant que l'assistance me sont si utiles toutes les fois que je crois devoir m'engager dans des routes nouvelles; ce fait, dis-je, est inouï dans les fastes de la chirurgie. Après un tel triomphe obtenu par l'art, je serais tenté de prétendre qu'il n'y a rien d'impossible en fait de restauration du visage.

De l'emploi de l'extrait de Belladone dans les névralgies frontales.

Par J. Claret.

On sait que les anciens avaient découvert dans la belladone une action narcotique et stupéfiante, et qu'ils s'en servaient comme d'un moyen propre à rétablir le calme dans les cas de souffrances vives, et pour provoquer le sommeil. Les modernes, en lui attribuant les mêmes propriétés, ont cherché à en étendre l'usage, et de nos jours on s'en sert pour opérer la dilatation de la pupille dans l'opération de la cataracte, pour modérer les phlegmasies de l'iris, les ophthalmies qui ne sont entretenues que par une excessive sensibilité des nerfs qui se distribuent au globe de l'œil, pour combattre la coqueluche, pour faciliter le relâchement du col de l'utérus dans les circonstances où une forte rigidité de cette partie empêche l'issue naturelle du fœtus ou des manœuvres nécessaires à son extraction, et enfin, comme préservatif de la rougeole et de la scarlatine en la donnant à des doses très-réfractées. Je ne sache pas qu'on s'en soit servi dans d'autres cas; et

bien plus, il fut un temps où cette plante était tellement tombée en désuétude qu'on ne la trouvait que vermoulue dans les officines des pharmaciens.

Ce n'est qu'en 1826 que Henry, chirurgien militaire anglais, a reconnu à l'extrait de la belladone des propriétés avantageuses contre les névralgies frontales. Ayant été, après lui, un des premiers à les confirmer sinon en France, du moins dans mon département, cette substance a depuis lors joui à mes yeux d'un crédit justement mérité, par les résultats salutaires, et j'ose le dire, toujours constans qu'elle a opérés dans le tic douloureux frontal. Aussi ne crains-je pas d'avancer que je la considère comme une sorte de spécifique dans ces névroses, et qu'il y aurait par trop de sévérité à me faire un reproche de cette opinion, lorsque j'en donne la preuve dans les faits qu'on va bientôt lire.

Par une première observation consignée dans la *Revue Médicale* (*voyez* le nº du mois de mars 1827), j'avais déjà signalé l'étonnant succès que j'avais obtenu de l'extrait de belladone dans une névralgie frontale que j'avais infructueusement combattue par les moyens conseillés jusqu'alors; je désirais rencontrer de nouvelles occasions de l'employer encore et confirmer mon premier essai. Mes désirs ont été accomplis, et dans moins de deux ans j'ai pu traiter cinq cas à peu près semblables, et tous avec un bonheur qui tient du prodige. Quoiqu'ils ne présentent rien de bien extraordinaire, ni dans leur marche ni dans leurs phénomènes, il m'a semblé pourtant qu'ils méritaient d'être publiés, pour avoir tous cédé à l'action puissante d'un moyen jusqu'à ce moment peu usité dans les névralgies frontales, et comme pouvant réveiller l'attention des médecins et les engager à se livrer à de nouvelles ex-

périences dont le succès ne pourra tourner qu'au profit de la thérapeutique. La médecine étant une science de faits, c'est contribuer à son perfectionnement que de lui en fournir d'utiles et d'un intérêt incontestable.

Encouragé par des résultats aussi satisfaisans, j'ai voulu essayer l'extrait de belladone dans d'autres névralgies. Je l'ai conseillé, par exemple, dans la sciatique, mais cette substance ne m'a nullement réussi. Cet insuccès, je l'attribue moins à l'inefficacité de ses propriétés qu'à la difficulté de les faire agir sur le nerf malade profondément situé. Toutefois, les gastralgies et les odontalgies, affections nerveuses contre lesquelles je l'ai administré en frictions, ont éprouvé un calme qui, à la vérité, n'a pas été de longue durée, mais qui a été assez sensible pour mériter d'être remarqué.

Au reste, nous n'avons pas aujourd'hui à nous occuper des effets salutaires que pourrait procurer la belladone dans un grand nombre d'autres maladies nerveuses. Qu'il nous suffise de signaler ceux que cette substance a produits dans les névralgies frontales, et, sans nous livrer à d'autres réflexions, citons les observations que nous avons recueillies.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Dans le courant du mois de mars 1827, et au moment où la *Revue Médicale* publiait le premier fait que je lui avais fourni sur les avantages de l'extrait de belladone dans le tic douloureux frontal, A***, jeune femme de vingt-quatre ans, d'un tempérament nervoso-sanguin et très-bien constituée, éprouve au sourcil gauche, et sans cause connue, une douleur d'abord fort légère, qui insensiblement augmente d'intensité, devient de plus en plus

aiguë, déchirante, se propage sur le front, le vertex, dans l'intérieur du globe de l'œil, et provoque un resserrement spasmodique de l'épigastre qui lui fait éprouver la plus vive anxiété. Le pouls est serré, fréquent, et la soif assez sensible, sans que pourtant la langue cesse de conserver son humidité et sa couleur naturelles. Cette douleur se manifeste tous les jours vers sept heures du matin, se soutient avec plus ou moins de violence jusqu'à quatre ou cinq heures du soir, et cesse alors, en laissant une espèce d'engourdissement à la tête, pour ne reparaître que le lendemain à la même heure. Six accès réguliers et uniformes me font apprécier son vrai caractère, et reconnaissant en elle une névralgie frontale périodique, je prescris, sans autre préliminaire, dix grains d'extrait de belladone dissous dans une quantité d'eau suffisante pour lui donner la consistance de pommade. La première friction échoue parce qu'elle est mal faite. Je reviens à une seconde; celle-ci diminue les souffrances presque instantanément, et la douleur se calme tout-à-fait dans l'espace de trois heures.

La malade accuse une faiblesse dans la vision, résultante de l'action de la belladone sur la rétine. Je conseille une troisième friction le lendemain de la première, et comme quelques légers élancemens se faisaient ressentir encore après celle-là, une quatrième est ordonnée et elle en fait justice; la douleur disparaît sans retour, la santé n'éprouve plus d'obstacle et la vision reprend son état normal.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Un de mes amis, médecin recommandable et justement estimé par ses talens, fut atteint d'un catarrhe pulmo-

naire dans le mois d'avril de l'année 1827. Ses nombreuses occupations et la nécessité où il se trouvait d'aller tous les jours à la campagne voir des malades, lui firent négliger ce catarrhe. Il s'aggrava et devint si intense, que le malade fut obligé de garder pendant quelque temps la chambre et quelques jours le lit. Un fort coryza s'était mis de la partie, la membrane pituitaire était constamment sèche, et les sinus frontaux devinrent à la fin le siége d'une douleur obtuse et extrêmement pénible. En peu de jours cette douleur prit un caractère plus vif, plus aigu, et se déclara par accès bien marqués. Attribuée d'abord à l'irritation de la membrane qui tapisse les sinus frontaux, elle fut traitée inutilement par les fumigations émollientes et par les topiques calmans. L'inefficacité de ces moyens et la marche périodique de cette douleur nous la firent dès lors considérer comme une névralgie frontale. Je proposai l'extrait de belladone; il fut mis en usage, et deux frictions suffirent pour obtenir du calme, et bientôt après la guérison.

TROISIÈME OBSERVATION.

Une femme âgé de trente-huit ans, d'une complexion forte et d'un tempérament sanguin, se plaint, sans cause connue, d'une douleur d'abord sourde au sourcil gauche, qui devient bientôt après très-vive, et se propage dans l'intérieur du globe de l'œil et jusqu'au sommet de la tête, où elle simule le clou hystérique. Cette douleur se réveille à dix ou onze heures du matin, se prolonge jusqu'au soir accompagnée d'angoisses et de souffrances tellement fortes dans l'intérieur de la tête, qu'elle ne peut se livrer à aucune espèce de travail et est obligée de se coucher. La douleur cesse pendant la nuit et reparaît le lendemain, à

peu près à la même heure, en suivant avec la plus grande régularité une marche périodique. Huit accès ont lieu avant que la malade réclame les secours de la médecine. A la fin pourtant, poussée à bout par les souffrances, elle me consulte. Je crois reconnaître chez elle le tic douloureux frontral; je prescris l'extrait de belladone en frictions sur la partie malade, et, chose étonnante! une seule dose de dix grains suffit pour calmer et faire disparaître le mal en peu d'instans.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Une pauvre femme âgée de quarante-cinq ans, d'une complexion grêle et d'un tempérament nerveux et très-irritable, était sujette de temps en temps à une céphalalgie fort désagréable, qu'elle prenait pour une simple migraine. Elle me fit appeler dans le courant du mois de février dernier, au moment où une douleur extrêmement violente fixée sur le sourcil droit, lui faisait éprouver des souffrances intolérables. Rendu auprès d'elle, je la trouvai dans la position la plus affligeante. La malade se roulait dans son lit, poussait des cris perçans, ne savait ou reposer sa tête, pleurait comme un enfant, et demandait, avec l'accent du plus vif désespoir, qu'on se hâtât de la délivrer des maux horribles qu'elle ne pouvait plus supporter.

En explorant l'état de cette malade, je m'assurai en effet que la douleur qu'elle ressentait au sourcil droit, à la tête, à la tempe droite et dans le globe de l'œil du même côté, était tellement aiguë, tellement déchirante, qu'elle la jetait, pour ainsi dire, dans des convulsions, et la menaçait à chaque instant de la faire tomber en syncope. Le

pouls était fréquent, petit, concentré; l'estomac sympathiquement troublé, refusait tout; les extrémités étaient froides, et les élancemens aigus et continuels de la douleur excitaient un tremblement général dans tout l'organisme. Il y avait déjà quatre jours qu'elle souffrait, et les premières souffrances ayant été supportables, elle ne réclama mes soins que lorsqu'elle en ressentit les atteintes les plus vives. Ce fut alors que je la vis et qu'elle me dit que son mal commençait à se manifester à huit heures du matin, et ne se calmait que le soir fort tard, pour reparaître le lendemain à la même heure. Ces renseignemens me firent tout de suite apprécier le cas, et persuadé que j'avais à traiter une névralgie semblable à celles que j'avais déjà combattues si heureusement, comme on l'a vu, avec l'extrait de belladone, je fis à l'instant même frictionner la partie souffrante. L'effet de cette substance fut prompt; un calme favorable ne tarda pas à paraître, et une seconde friction rétablit entièrement la santé.

Nota. Le 15 du mois d'août suivant, cette même femme ressent, sur la partie qui avait été le siége de si cruelles souffrances, une douleur assez vive qui la menace de lui faire endurer les tourmens dont elle n'avait pas perdu le souvenir. Désirant couper court à un mal si atroce, de son propre mouvement et sans me consulter, elle va demander au pharmacien le remède qui lui avait si bien réussi la première fois; elle se frictionne à deux reprises, et la douleur disparaît avec une égale facilité.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Une femme mariée depuis peu de temps, et jouissant

habituellement d'une assez bonne santé, accusait une douleur très-vive qui avait son siége le long des sourcils, s'étendait sur le front, aux tempes, et la mettait le plus souvent dans l'impossibilité de se livrer au moindre travail. Cette douleur se calmait à une heure déterminée de la journée, sur le soir ordinairement, pour reparaître le lendemain, occasioner les mêmes souffrances et la même incapacité de travail. La malade avait reçu un coup à la tête, et elle n'avait rien fait pour prévenir les accidens consécutifs qui pouvaient en résulter et auxquels on rattachait la douleur signalée. On craignait, et avec raison, quelque lésion organique du cerveau ou de ses annexes.

Consulté pour ce fait, et m'étant bien assuré qu'il n'existait rien de tout cela dans les organes encéphaliques, il me vint à l'idée que la douleur en question pouvait bien être une névralgie frontale, et, m'appuyant sur la marche périodique de cette douleur, je prescrivis l'extrait de belladone, et le succès justifia mon idée. Trois frictions suffirent pour calmer la malade, et celle-ci ne tarda pas à recouvrer la santé.

Enfin, à ces observations, j'en ajouterai une sixième qui a la plus grande analogie avec la dernière. Mais comme il y a eu récidive au bout d'un mois et que les phénomènes morbides cérébraux sont devenues plus graves et ont offert un caractère pernicieux qu'il a fallu attaquer par d'autres moyens, j'avertis que je ne me suis décidé à la rapporter que pour mieux faire ressortir les heureux effets de l'extrait de belladone, dans des cas même qui n'ont qu'une simple apparence de névralgie frontale : la voici.

SIXIÈME OBSERVATION.

Une jeune fille de la campagne, âgée de dix-neuf à vingt ans, robuste, d'un tempérament sanguin et d'un embonpoint remarquable, reçut, vers le commencement du mois de juin dernier, un coup sur la partie écailleuse et supérieure du temporal gauche. Ce coup, assez violent, fut suivi d'un étourdissement considérable et d'une vive douleur au cuir chevelu et dans l'intérieur du crâne. Celle-ci persista, et quoique l'étourdissement eût disparu, elle ne continua pas moins à faire souffrir la malade, qui, abandonnée à elle-même, laissa s'écouler plus d'un mois et demi sans qu'elle réclamât les secours de l'art. A la fin pourtant, lorsque cette douleur, qui semblait avoir définitivement fixé son siége dans la partie du cerveau correspondante à celle où le coup avait été reçu, fut devenue plus forte, elle se décida à me faire appeler. C'était vers la mi-juillet; je me transportai chez elle, je l'examinai attentivement, et le résultat de mon examen fut le suivant : face pâle, yeux abattus, tristes; inappétence complète; vive céphalalgie partant de l'endroit où le coup avait été donné et se propageant sur le vertex et la région frontale; vertiges lorsque la malade faisait le moindre mouvement ou voulait se tenir droite; langue humide et de couleur naturelle; mouvement fébrile sensible; alternatives de froid et de chaud; abattement moral considérable. La partie lésée n'offrait aucune tuméfaction; elle était dans son état normal. Ces phénomènes morbides me faisant soupçonner que l'hémisphère gauche du cerveau ou ses enveloppes étaient le siége d'une phlegmasie résultant du coup signalé, je dirigeai toute mon attention

sur ce point et j'agis en conséquence. Je fis saigner la malade, lui prescrivis une application de sangsues sur le trajet des jugulaires, et favorisai l'effet de ces émissions sanguines, par les sinapismes aux extrémités inférieures, les boissons tempérantes, et enfin les révulsifs. Cette médication opéra fort peu de soulagement; la douleur de tête persista, et résista aussi à l'action d'un large vésicatoire appliqué à la nuque. Mais elle changea de place, et se fixa alors au côté droit de la tête, et sur l'arcade sourcilière droite : elle prit une marche périodique avec des alternatives de calme et de réveil, et cela pendant plusieurs jours de suite. Vers les deux ou trois heures du soir, la tête devenait lourde, la trop vive lumière blessait les yeux, la douleur frontale se déclarait, augmentait de vivacité en peu d'instans, forçait la malade à se coucher, se prolongeait pendant toute la nuit, et se dissipait enfin dans la matinée, et lorsque le jour était sur le point de paraître. L'intervalle qui s'écoulait depuis la cessation de chaque accès jusqu'à leur réapparition était très-supportable; et, quoique la tête restât lourde, la malade pouvait se lever, et se livrer même aux petits soins du ménage.

Croyant encore reconnaître dans ce cas, une névralgie frontale analogue à celle qui fait le sujet de la cinquième observation, et la périodicité des symptômes que je viens de décrire corroborant ma croyance, je fis usage de l'extrait de belladone, et le changement en mieux que produisit subitement cette substance, et bientôt après la guérison qui s'en suivit, me firent supposer que j'avais deviné juste. La malade vint me voir au bout de quinze jours, et me confirma elle-même son rétablissement. Ce ne fut qu'un mois après, qu'à la suite d'une affection mo-

rale vive, elle fit une rechute, et éprouva des symptômes cérébraux si violens, que, considérant alors cet état comme une fièvre pernicieuse épileptique, je dus en venir à l'emploi des moyens recommandés pour combattre une maladie si dangereuse.

RÉFLEXIONS.

On voit dans ces cinq observations une maladie identique dans sa nature, sa marche, son siége, et les phénomènes qui la différencient de toute autre. C'est une névralgie frontale qui se déclare sans cause connue, dans la première, troisième et quatrième observations, et sous l'influence des causes physiques évidentes dans la deuxième et la cinquième. Et cependant, je le répète, même analogie dans la périodicité, même caractère dans la douleur et les autres phénomènes morbides. L'extrait de belladone ne manque pas son effet une seule fois; il réussit complètement dans tous les cas avec une constance qui tient, selon moi, du merveilleux. Qu'on ne s'étonne pas alors si je la considère comme une sorte de spécifique dans les névralgies frontales, ou du moins, comme un des moyens les plus utiles dans ces maladies atroces. En m'exprimant ainsi sur une substance si précieuse, je dois avertir que mon opinion ne se fonde, ni sur la prévention, ni sur l'exagération : les faits sont là; ils parlent plus haut que tous les raisonnemens; que les médecins, qui plus que moi sont à portés d'observer un plus grand nombre de ces névroses, daignent renouveler mes expériences, et j'ose leur prédire des succès assurés.

Uniquement livré à la pratique de la médecine, et consacrant tous mes instans aux soins des malades, je ne m'occupe point de la partie spéculative de la science.

Quand j'emploie un remède, je cherche moins à pénétrer en vertu de quelle action particulière il agit sur une maladie donnée, qu'à bien saisir ses effets salutaires. Je ne consulte que l'expérience sur des faits bien observés; je note ceux-ci, et je m'en tiens à leurs résultats. Aussi, partant de ces idées, je n'entreprendrai point de disserter sur la question de savoir quel est le principe actif de la belladone, en vertu de quelle spécificité elle guérit les névralgies frontales, et d'où vient que celles-ci cèdent plutôt sous l'influence stupéfiante d'un produit de cette solanée, que sous celle de tant d'autres substances végétales, possédant le même principe au même degré ou à un degré supérieur. De telles investigations ne sont pas de mon sujet; elles sont trop ardues, et je les abandonne à la sagacité de ces observateurs pénétrans, qui, livrés par goût à la recherche des secrets de la nature, parviennent parfois à lui en surprendre quelques-uns.

NOTE

Sur un phénomène singulier, observé pendant le narcotisme par l'opium;

Par le Docteur Cavalier.

Aucun des pathologistes que j'ai consultés n'a dit que lorsque l'opium produit, avec les autres symptômes du narcotisme, la stase de l'acte digestif et les nausées, l'éclat d'une vive lumière, qui venait à frapper les yeux, suffit pour décider à l'instant même le vomissement. M. Orfila, lui-même, dont le nom seul rappelle ce

que la connaissance médicale des poisons a de plus positif et de plus complet, n'en parle pas, quoiqu'il note d'ailleurs fort bien (*Toxicol. génér.* tom. 2, pag. 225) que « c'est surtout lorsque le poison narcotique a été appliqué sur le tissu cellulaire ou *injecté en lavement*, qu'il » occasione les nausées et le vomissement. » Enfin, aucun physiologiste, que je sache, n'a signalé une pareille cause parmi celles (1) qui, agissant sur le même sens, amènent le même résultat. Le fait de ce genre que je vais citer, me paraissant unique, en contracte donc un assez haut degré d'intérêt, ne fût-ce que celui de la curiosité.

Au milieu du mois d'août dernier, tourmenté par des douleurs de vessie, qui depuis un temps déjà bien long empoisonnent mon existence, je m'injectai à dix heures du soir, dans le rectum, deux onces environ d'une décotion mucilagineuse où se trouvait suspendu dissous un grain et demi d'opium brut. Vers onze heures, je m'endormis; à minuit et demi, le besoin d'uriner me réveille, et, en le satisfaisant à genoux sur mon lit, je sentis mon corps mal affermi et ma tête dans cet état qui marque le premier degré de l'ivresse. Lorsque j'eus repris ma position horizontale, cette sensation alla croissant, et, en me rappelant que j'avais entendu plusieurs malades dans la même circonstance me dire qu'il leur semblait *aller en bateau*, je pus me convaincre de la justesse de cette comparaison. Bientôt une légère torpeur s'empara de tout mon système musculaire, et une sensation très-désagréable se fixa vers la région

(1) Telles que la vue d'un objet dégoûtant, etc., etc.

précordiale. Elle tenait à la fois de la pression et de la nausée. Je me levai alors, espérant que la position verticale ou assise me soulagerait, et je m'assis dans un fauteuil, près d'une table sur laquelle était placée une veilleuse de porcelaine coloriée, qui ne répandait autour d'elle qu'une lumière très-faible. Ce changement de position n'empêcha ni la stupeur de s'accroître, ni la nausée de me tenir plongé dans une espèce d'anéantissement douloureux. Mais je sentais pourtant qu'il y avait encore assez loin de là au vomissement, et, soit pour me distraire, soit pour observer jusqu'à quel point le toxique pourrait déterminer des hallucinations de la vue, je considérais avec attention et sans peine le paysage de ma veilleuse. Je sentais bien l'indication d'un lavement acidulé et d'une limonade en boisson; mais comme ce jour-là j'avais eu peu de fièvre et que j'avais renvoyé ma garde, je n'avais rien de tout cela sous la main, et d'ailleurs parfaitement rassuré par l'exiguité de la dose d'opium absorbée, je ne voulais éveiller personne dans la maison. J'imaginai cependant de m'injecter avec une petite seringue un peu de la tisane que chauffait la veilleuse, et je pris dans cette intention la théière qui la surmontait. Mais à l'instant où la flamme toute nue de la petite bougie, réfléchie et beaucoup augmentée par la surface blanche de la paroi intérieure de la porcelaine, frappa mes yeux, le vomissement arriva avec tant de promptitude que j'eus à peine le temps de me détourner pour ne pas salir tout ce qui était devant moi. Surpris de ce phénomène, je voulus au bout de quelques minutes essayer de le reproduire. Ma nausée durait toujours, mais je me sentais peu disposé à vomir de nouveau, et je continuais à regarder impunément la face externe de la veilleuse. Je soulevai donc une seconde

fois la théière avec plus de précaution, et le vomissement reparut encore, prompt comme l'éclair. Convaincu alors qu'il y avait réellement relation de causalité entre l'action de la lumière et le vomissement, et ce dernier ayant épuisé le peu de liquide de la soirée que mon estomac contenait encore, je repris en fermant les yeux la théière et j'y bus plusieurs traits de tisane. La nausée continua, mais ce fut là tout, et il me fallut encore regarder à nu la lumière pour décider le vomissement. Enfin, j'eus la patience de répéter cette épreuve jusqu'à quatre fois, et ce fut toujours avec la même pureté et la même évidence de résultat. Très-fatigué alors par toutes ces secousses, je demeurai environ vingt minutes sans mouvement sur mon fauteuil, après quoi j'exécutai le projet qu'avaient suspendu le phénomène et mon expérience. Ce simple lavement d'eau d'orge édulcorée, qui ne dut pas dépasser le rectum, parut me soulager, ou peut-être l'opium avait-il produit tout son effet. Au bout de quelques instans, un besoin de dormir naturel se faisant sentir, je regagnai mon lit, et comme mes douleurs de vessie, qui avaient été très-affaiblies pendant toute cette scène, étaient encore fort supportables dans ce moment, un doux sommeil vint me soustraire pour quelques heures au sentiment de ma misère.

Mais c'est assez parler de soi; disons maintenant quelques mots pour la science.

Je devrais maintenant, pour me conformer à la mode, signaler les communications nerveuses que l'anatomie découvre entre l'œil et l'estomac et en déduire la théorie de ce fait curieux. Un classique, un *puritain* n'aurait même pas manqué de mettre ces considérations sous forme de prolégomènes en tête de son travail. Je devrais par con-

séquent parler des anastomoses des nerfs *moteur oculaire commun*, *pathétique*, *trijumeau*, *moteur oculaire externe* avec le *pneumo-gastrique*, et procurer au lecteur le plaisir d'une explication fondée sur de telles données. Ainsi en usent aujourd'hui tous ceux qu'une sympathie physiologique ou morbide arrête d'abord. S'agit-il de la suffocation hystérique, ou de la voix qui mue à l'époque de la puberté, ou de l'action d'une ventouse aux mamelles qui arrête une métrorrhagie, ou enfin du vomissement décidé par une odeur nauséabonde, vite leur mémoire aux savans, et aux autres tels que moi un petit manuel d'anatomie, en leur rappelant les communications nerveuses de l'utérus avec le larynx et les mamelles et de l'estomac avec le nez, fournissent à ces investigateurs faciles à contenter la clef de tous ces phénomènes. Telle est leur confiance en ce moyen, qu'à les entendre on peut avec ce fil pénétrer aisément dans tous les secrets du labyrinthe de notre économie. Mais il en est de plus exigeans. Que M. Serre, d'Uzès, mon ancien condisciple, dans un mémoire intéressant sur le bégaiement, invoque ces lumières anatomiques pour se rendre compte des contractions et des efforts qui, chez plusieurs de ceux qui sont atteints de cette infirmité, s'observent dans les traits de la face, dans le cou, les épaules et les bras, je le conçois, et cette application de la science de la mort à celle de la vie me semble assez légitime, parce que tout paraît se passer dans l'atmosphère d'un même nerf ou de nerfs peu éloignés. Mais qu'on y prenne garde : le système nerveux met en communication plus ou moins intime toutes les parties de notre corps, et peut par conséquent permettre de tout expliquer de la même manière. Or, c'est précisément en expliquant tout

qu'on n'explique rien. Alors, toute spécialité d'effet disparaît, à moins qu'on ne veuille accorder aux nerfs une structure aussi variée, aussi changeante que ces mêmes effets, et l'on sait si la structure des nerfs n'est pas partout foncièrement identique. Pourquoi l'odeur du tabac fait-elle éternuer et non vomir ? Pourquoi le contraire dans celle de l'ipécacuanha ? Pourquoi la même gomme fétide détermine-t-elle la syncope chez l'une et la fait-elle cesser chez l'autre ? Les nerfs olfactifs, principes de tous les phénomènes différens, n'ont pourtant pas changé, et pour rendre compte de tous ces effets, l'électricité n'est pas plus puissante que les anastomoses, parce qu'il n'y a de relation entre l'organisation et la sensation que par *la vie*, qui les unit et les sépare.

Mais au surplus, dans le cas particulier qui nous occupe, les données ordinaires de l'anatomie sont en défaut puisque la lumière a décidé le vomissement, non en frappant sur les nerfs moteurs de l'œil, mais bien sur la rétine avec laquelle on n'a pas découvert encore, que je sache, que les nerfs de l'estomac vinssent s'anastomoser. Ce mode d'explication est donc ici inadmissible; et lors même qu'on ne reculerait pas devant l'absurde idée d'assimuler la lumière à ces objets dégoûtans ou à ces combinaisons malheureuses de couleurs dont la vue ou le souvenir provoque le vomissement, on n'avancerait pas davantage pour la solution du problème; car, dans ces cas-là, il n'y a pas non plus de communication nerveuse à invoquer : il y a ou bien un acte moral dont le théâtre est au cerveau, ou bien une antipathie idiosyncrasique qui, pour déterminer son effet, a besoin de passer des yeux à l'estomac par l'intermédiaire du même viscère. Or, il est bien certain que tous les nerfs se communiquent par l'encéphale ou ses

dépendances; mais, encore un coup, ce ne sont pas là des anastomoses.

Il est un autre moyen d'expliquer ce fait, qui n'emprunte rien à la même source et qui paraîtrait d'abord assez possible. Au commencement de ce mois (octobre), lorsque M. Lordat vint présider notre jury de médecine, je lui parlai de cette observation singulière. Il l'écouta avec attention, mais sans surprise, et après m'avoir raconté que lui-même, revenant il y a quelques années, à l'entrée de la nuit et indisposé à Montpellier, la vue des reverbères qu'on allumait avait pensé le faire vomir, il attribua, sans attacher d'ailleurs beaucoup d'importance à son opinion, ce phénomène à une sensation trop vive pour des organes affaiblis et prédisposés, et qui agissait sur eux à la manière d'une secousse ou d'une cause occasionelle. Mais j'ai dit que, quoique j'éprouvasse de la nausée, je me sentais encore assez éloigné de vomir, et je suis persuadé que toute autre sensation, quelque forte qu'elle fût, telle par exemple qu'un coup de pistolet tiré à mes oreilles, du piment mis dans ma bouche, ou de l'eau bouillante versée sur ma peau, n'aurait pas produit sur moi le même effet; et il en eût été de même pour l'odorat, à moins que l'odeur approchée du nez n'eût été nauséeuse de sa nature. Il y avait donc, chez moi du moins, spécialité, et partant impossibilité de rattacher le fait à des principes connus; et dans tous les cas cette théorie simple et ingénieuse aurait eu besoin, pour en rendre compte, d'expériences qui l'eussent confirmée. C'est donc un fait simple, primordial, qu'on peut bien rapprocher, si l'on veut, du vomissement qui s'observe dans l'action de tourner sur soi-même, comme dans la walse et la peine du pilori, où lorsque ce sont les objets qui semblent tourner autour de

nous, comme dans l'exercice en voiture ou en bateau, mais qui se refuse comme tous les faits du même genre à toute espèce d'explication.

C'est précisement la variété infinie des effets, toujours attribuée dans le système des organiciens à une cause unique et toujours matérielle, qui ne peut satisfaire les esprits justes et un peu relevés. Tant de faits ne peuvent y rentrer, qu'un aveu sincère d'ignorance leur paraîtrait bien préférable à cette prétention de vouloir tout expliquer. Cet abus contre lequel la raison réclame aurait encore besoin, de nos jours, d'être attaqué par l'arme plus puissante du ridicule. Plus d'un grave confrère aurait, j'en suis sûr, la bonne foi de reconnaître ses raisonnemens dans le galimatias de Molière, qui explique *ce qui fait que votre fille est muette*, et dans les deux dissertations du docteur Mathanasius, qui, faisant la généalogie du Colin héros de sa chanson, finit par trouver que c'est de lui que partent les deux branches de *colin-maillard* et de *colin-tampon*. Que si quelqu'un voulait tenter l'aventure, il trouverait dans l'histoire de la médecine de Jean Freind, que j'ai en ce moment sous les yeux, le sujet d'une citation assez plaisante pour qu'on me pardonne d'en égayer un peu à mon tour cette aride matière.

« Sous ce même règne (d'Aaron Al-Raschid) fleu-
» rissait Gabriel, fils de Backtishua, fils de Georges. Abi
» Osbaya en raconte une histoire plaisante. Une des con-
» cubines d'Al-Raschid avait perdu le mouvement d'une
» de ses mains en l'élevant en l'air, et les médecins avaient
» employé sans succès toutes sortes de linimens et d'on-
» guens, de sorte qu'on la regardait comme incurable.
» Gabriel, instruit de cet accident, et introduit chez le
» calife par Giafar, promit cependant de la guérir, à con-

» dition que le commandeur des croyans fît venir la jeune » dame en présence de toute la cour, et qu'il ne s'em- » portât point s'il voyait faire quelque chose qui lui déplût. » Al-Raschid y consentit; la dame vint, et le médecin ac- » courant à elle, lui prit le bas de la robe comme s'il avait » voulu la lever et l'exposer nue. A l'instant la malade, » effrayée de l'intention qu'elle lui supposait, se baissa » pour l'empêcher de l'exécuter, et sa main, qu'elle avait » tournée en haut, perdit sa raideur et reprit sa situation » naturelle qu'elle conserva depuis. Le prince fit donner » cinq cent mille drachmes au médecin. Il rendit la raison » suivante du mal de cette princesse : *Profudit se in puellæ* » *istius membra inter venerem humor tenuis præ motu et* » *caloris diffusione, et cum subitò à motu coïtûs quiesceret,* » *congelatus est in interiori parte nervorum, adeò ut nisi* » *à motu consimili solvi non posset; usus sum ergò commento,* » *quo dilatato calore, solutus est humor superfluus* (1). » Or, je le répète encore, beaucoup d'explications de phéno- mènes directs ou sympathiques ne me paraissent guère mieux valoir que celle du médecin arabe, et la seule différence c'est qu'elles ne sont plus si bien payées.

---

(1) Comme il est peu à craindre que les dames s'avisent de lire ceci, je crois pouvoir donner ainsi la traduction de ce passage :

« Une humeur que les plaisirs de l'amour répandaient dans tous les » membres, et qu'ils rendaient ténue à cause de la chaleur et du mou- » vement dont ils s'accompagnent, s'est congelée dans la partie in- » térieure des nerfs lorsque l'usage de ces plaisirs a été interrompue » par l'accident qui est arrivé; de telle sorte qu'elle ne pouvait se ré- » soudre et redevenir propre à circuler que par un mouvement brus- » que analogue au premier. C'est en usant de ce moyen que j'ai fait » dilater cette humeur par la chaleur et qu'elle s'est résoute. »

Ce n'est pas que, quel que puisse être, d'après M. Necker, *le bonheur des sots*, je veuille m'ériger ici en apologiste de l'ignorance. Mais je ne voudrais pas qu'on prît des mots pour des choses, comme, par exemple, celui de *chimie vivante* pour la clef de tous les phénomènes vitaux. Combattre une erreur, c'est toujours faire un pas vers la vérité, quoiqu'on ne mette rien à sa place, et je préfère cent fois la *docte ignorance* de Montaigne aux trompeuses lueurs d'une fausse science. Sans doute, les anastomoses nerveuses peuvent aider à la solution de plusieurs problèmes de physiologie et de pathologie ; mais tout n'y est pas d'une égale certitude ou d'une même probabilité, et je voudrais qu'alors on eût la bonne foi d'en convenir et d'en prévenir ses lecteurs. Je me souviens de l'avoir fait une fois moi-même, mais de manière à vaincre tous mes scrupules futurs. C'était dans un mémoire à consulter par trois grands médecins de Montpellier, envoyé en 1826, et qui peut se trouver encore dans les cartons de M. Delpech, pour une affection à la fois inflammatoire et nerveuse, fort difficile à suivre dans ses fréquentes métamorphoses. Le foie avait commencé par être très-évidemment enflammé, et lorsque cette phlegmasie eut ou parut avoir cessé, les douleurs se firent sentir à la rate, etc., etc. J'y disais « que la » métaptose sur la rate n'était autre chose qu'une irra- » diation de l'irritation du foie, opérée au moyen du plexus » hépatique, qui communique avec le plexus splénique » par le plexus cœliaque, d'où ils proviennent tous deux....; » que par le même genre de communication nerveuse, » le diaphragme, l'estomac et les poumons étaient affectés » de spasme, et qu'enfin c'était par les nombreuses anas- » tomoses du système des ganglions ou nerf grand sym- » pathique avec les nerfs spino-dorsaux que devaient s'ex-

» pliquer les contractions permanentes ou intermittentes
» des muscles des régions postérieure et latérales du thorax
» auxquels ces derniers nerfs donnent le sentiment et le
» mouvement. » Je finissais par dire que je ne m'arrêtais à cette hypothèse que faute d'une meilleure, et je caractérisais la maladie de *phlegmasie chronique du foie compliquée d'une affection ou névralgie des plexus.* J'eus le plaisir de voir cette étiologie, présentée avec cette réserve, confirmée ou au moins rendue probable par la guérison complète qui survint spontanément.

Mais ce cas heureux n'infirme pas plus mes propositions qu'il ne permet d'espérer de n'en pas rencontrer de plus difficile. Le résultat de toute science trop approfondie est le sentiment de sa vanité et de la vérité de ce mot d'un sage : *Unum scio quod nihil scio*; et c'est même ce sentiment qui, exagéré et exclusif, peut servir à expliquer jusqu'à un certain point cet étrange écart d'une haute raison qui s'humilie : *Credo quia absurdum* (saint Augustin). Si la nature inanimée est un problème insoluble pour notre esprit, ne vous étonnez donc pas, médecins, physiologistes, expérimentateurs, de vous trouver si pauvres et si petits en présence des lois de la vie. La vie, c'est le feu sacré ! Celui qui l'alluma a gardé son secret, comme il en conserve en ses mains l'inépuisable source, et c'est déjà en nous une assez haute preuve d'intelligence de pouvoir, en admirant ses ouvrages sans les comprendre nous écrier : *O altitudo !*

Mais me voici un peu loin du point d'où je suis parti, je m'arrête ; c'est qu'ici-bas tout se tient, tout s'enchaîne, et que l'esprit ne s'arrête pas. Si, à propos des vertus de l'eau de goudron, l'évêque de Cloyne, George Berkeley, entraîné par cette pente naturelle, a pu remplir les trois

quarts d'un volume de rêveries platoniciennes et ascétiques, peut-on m'en vouloir beaucoup, à moi simple laïque, pour avoir mis quelques minutes à l'épreuve la patience de mes lecteurs?

OBSERVATION (1)

D'opération césarienne après la mort de la mère; avec extraction d'un fœtus vivant; par M. Huguier.

Suivie de réflexions par M. Monod.

Le 2 juin 1829, entra à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 47 (service de M. le docteur Manry), la nommée Dovilles Elisa, née à Chartres, âgée de vingt-huit ans, exerçant, depuis un an seulement, la profession de couturière; avant ce temps elle remplissait les fonctions de femme de chambre. Tout, chez cette femme, annonce qu'elle a été autrefois d'une assez bonne constitution; elle dit même n'avoir jamais été malade, si ce n'est il y a quatre ans, malgré la vie tumultueuse qu'elle menait avant cette époque; la première affection dont elle fut atteinte fut une bronchite, qui, faute de soins et de précautions, passa à l'état chronique.

La malade, continuant toujours à faire des excès de plus d'un genre, vit son mal s'accroître de jour en jour. La toux devint très-fréquente. Elle éprouva de vives douleurs dans la poitrine, et de la suffocation qui n'était diminuée que par l'expectoration de crachats épais et jau-

---

(1) Cette observation et les trois suivantes font partie des travaux de la société anatomique.

nâtres. Elle maigrit et présenta bientôt tous les symptômes de la phthisie pulmonaire, pour laquelle M. Manry la traita. Tous les médicamens furent inutiles ; la malade n'en continua pas moins sa vie déréglée, malgré les sages et fréquens avertissemens que lui donnait le médecin distingué que je viens de citer ; elle sortit de la maison dans laquelle elle était employée comme femme de chambre, pour vivre avec son amant. Peu de temps après, ses règles se supprimèrent, et elle présenta tous les phénomènes de la grossesse.

Cet état la soulagea d'abord; mais bientôt l'utérus acquérant de nouvelles dimensions, refoula tous les viscères abdominaux et le diaphragme vers la poitrine, qui en fut d'autant diminuée; les douleurs pectorales et la suffocation augmentèrent; du sang se joignit aux crachats; l'amaigrissement, la faiblesse firent des progrès, et la malade se vit dans la nécessité d'entrer à l'hôpital, présentant déjà tous les symptômes de la phthisie au troisième degré et une émaciation extrême.

Elle était alors enceinte de sept mois.

Prescription. Tisane pectorale, looch blanc; bain de jambes; deux bouillons, deux soupes pour toute nourriture.

Ces moyens sont continués jusqu'au 5 juillet, sans aucune amélioration. La malade se plaint même le matin, à la visite, d'avoir moins de sommeil encore que d'habitude. Cinq gouttes de laudanum sont ajoutées à la tisane.

Le 14, le temps étant très-chaud et très-chargé d'électricité, elle éprouva une grande suffocation, et rendit plus de sang dans les crachats que d'ordinaire.

Le 15, la gêne et l'embarras de la poitrine continuant, une petite saignée de bras fut pratiquée; elle soulagea la

malade, qui, le lendemain, respirait avec plus de facilité.

Le 17, un julep, avec addition d'une demi-once de sirop de diacode, fut ordonné pour remédier à l'insomnie. La journée fut assez bonne. Le soir, après le dîner, sur les sept heures, lorsqu'elle paraissait assez tranquille, elle fut prise tout à coup d'une hémoptysie foudroyante; le sang sortait par flots, par la bouche et les narines; un pot de nuit et un grand bassin de cuivre en furent remplis dans un instant; à peine eussé-je le temps de me rendre vers la malade, qu'elle était déjà expirante, bien que l'on m'eût appelé aussitôt que l'hémorrhagie avait commencé. Il n'y eut point d'agonie, et la mort survint quatre minutes après l'invasion de l'hémorrhagie.

Nous nous décidâmes aussitôt à pratiquer l'opération césarienne, que nous ne commençâmes néanmoins que cinq minutes après la mort, vu l'absence du chirurgien de garde; celui-ci n'arrivant pas, nous préférâmes manquer aux convenances plutôt qu'aux devoirs que la médecine nous prescrit.

Le cadavre placé de manière que le tronc fût dans la demi-flexion, la tête et la poitrine élevées par deux oreillers, les cuisses fléchies sur le bassin, un aide maintenant l'utérus fixe au milieu de l'abdomen, deux bistouris, l'un boutonné et l'autre convexe, étant préparés, la main droite armée du bistouri convexe, la gauche placée au-dessous de l'ombilic et tendant les tégumens, nous fîmes, sur la ligne médiane, une incision verticale, longue de cinq pouces et demi, commençant à un pouce de l'ombilic et se terminant à un pouce et demi ou deux pouces du pubis. Nous incisâmes successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et la ligne blanche; arrivé au péritoine, nous l'ouvrîmes vers la partie inférieure de l'incision; nous le sou-

levâmes avec l'indicateur et le médius de la main gauche passés au-dessous de lui, et nous l'incisâmes jusqu'à l'angle supérieur de la plaie, sans avoir besoin, pour cela, de nous servir du bistouri boutonné, les parties sous-jacentes se trouvant protégées et repoussées, en cas de besoin, par les deux doigts que nous faisions avancer avant la lame de l'instrument. Cette précaution nous fut même inutile, car les intestins étaient refoulés en haut et en arrière, la vessie affaissée ne dépassait pas le pubis. Après avoir ainsi procédé à l'ouverture des parois abdominales, nous incisâmes verticalement, et couche par couche, la partie antérieure et supérieure de l'utérus; alors seulement du sang s'écoula; arrivé aux membranes de l'œuf, j'y fis une légère incision, par laquelle les eaux de l'amnios sortirent par jet; j'introduisis aussitôt le doigt indicateur et le médius de la main gauche par cette ouverture, qu'il me fut très-facile d'agrandir en déchirant les membranes. Bientôt toute la main fut introduite dans la cavité de la matrice et des membranes, avant qu'elles eussent le temps de s'affaisser et de revenir sur elles-mêmes : nous eûmes le soin de maintenir ces parties ainsi écartées en portant le poignet vers l'angle supérieur de la plaie et en écartant largement les doigts; la face dorsale de la main était dirigée vers le fond de l'organe, et la face palmaire vers l'enfant. La main droite fut chercher les pieds, qu'elle rencontra promptement; l'une et l'autre mains furent retirées et servirent à extraire l'enfant, qui, bien que l'opération eût été prompte et facile, donnait à peine des signes de vie; il était pâle, exsangue, sans mouvemens; les battemens du cœur se faisaient à peine sentir. Nous liâmes le cordon avant que d'en faire la section; des frictions furent pratiquées avec un linge chaud sur la région précordiale,

de l'air insufflé dans la bouche, et l'enfant plongé dans un bain chaud, sans continuer pour cela de le frictionner. Peu à peu nous vîmes les battemens du cœur devenir plus forts, quelques mouvemens se faire, le thorax s'élever et s'abaisser; enfin il jeta un cri qui nous avertit qu'il était sauvé et que notre opération n'était pas infructueuse, malgré le léger retard que nous avions apporté dans son exécution. La chaleur de l'enfant ne put être ranimée qu'en le maintenant dans des linges chauds. Certain de la mort de la mère, nous n'avons pas fait l'extraction du placenta, désireux d'ailleurs de tenter son injection par les vaisseaux utérins et d'étudier son mode d'adhérence envers l'utérus.

Cette adhérence avait lieu avec le fond de l'organe et était entière; aucun travail de parturition n'avait pu la détruire, puisque cet accouchement manuel eut lieu quinze jours avant la terminaison des neuf mois. Nous plaçâmes simplement le cordon entre les lèvres de la plaie.

C'est avec les plus vifs regrets que, le lendemain, nous apprîmes que l'autopsie, qui devait servir à notre instruction sous plus d'un rapport, venait de nous être ravie : les parens, qui d'abord avaient résolu de ne point faire inhumer cette malheureuse, changèrent d'avis et l'enlevèrent sans qu'on ait eu la précaution de nous en prévenir.

L'enfant, qui est, aujourd'hui 27 juillet, au dixième jour de sa naissance, jouit d'une bonne santé.

1° Ce fait vient corroborer l'opinion des auteurs qui ont fait remarquer que la conception peut avoir lieu pendant la durée d'une maladie grave, et que l'enfant peut même parcourir les différentes phases de la grossesse avec autant de succès, sous le rapport de son développement, que si sa mère eût joui d'une parfaite santé.

2° Il détruit en même temps les préceptes donnés par certains praticiens, d'affaiblir la mère, tant par le régime que par les médicamens, dans la vue d'arrêter le développement du fœtus, afin qu'il puisse parcourir les diamètres d'un bassin rétréci.

3° Selon M. le docteur Manry, il prouverait aussi, comme cela a été prouvé par plusieurs observations, que la grossesse peut souvent retarder la mort des phthisiques. « Je suis convaincu, m'a-t-il dit, que cette femme, à laquelle je donnais des soins depuis quatre ans, fût morte » beaucoup plus tôt, si elle ne fût pas devenue enceinte. »

4° Il prouve que l'opération césarienne est la voie la plus certaine d'arracher l'enfant à la mort, si elle est pratiquée à temps, et qu'elle devrait être préférée au forceps, lors même que la mort arriverait pendant l'accouchement, la tête ayant franchi le détroit supérieur, ainsi que le col de la matrice; car, avant que de s'être procuré un forceps, d'avoir préparé tout ce qui est nécessaire pour son application, d'avoir disposé les aides, avant même que le forceps soit appliqué et l'enfant extrait, ce dernier aurait le temps d'expirer. De plus, joignez à cela que le forceps est loin d'être toujours innocent. Je ne connais qu'un cas où le forceps et la symphysiotomie devraient être préférés, dans cette circonstance, à l'opération césarienne: ce serait celui où la mort arriverait dans un accouchement dans lequel la tête, après avoir franchi avec difficulté le détroit supérieur rétréci, se trouverait arrêtée dans l'excavation du bassin, et dans l'impossibilité de remonter au-dessus du détroit supérieur, telle que Plenck l'a observé en 1766: « Il m'arriva, dit-il, en disséquant le cadavre d'une femme » morte pendant le travail, de trouver l'issue du bassin » fort étroite, et la tête du fœtus tellement engagée dans

» cette cavité, qu'il me fut impossible, après avoir fait » l'opération césarienne, d'en retirer le fœtus pour le ra- » mener dans la matrice : j'eus recours à la synchondroto- » mie, et j'en obtins un succès prompt et facile. »

5° La mort instantanée de la mère était ce qui pouvait arriver de plus heureux pour l'enfant; car bien que l'on sache que souvent la mort des phthisiques a lieu instantanément, il n'est pas rare de les voir finir au milieu d'une agonie plus ou moins longue, dans laquelle tous les organes, excepté le cœur, sont déjà frappés de mort avant que les malades aient rendu le dernier soupir.

Si notre malade eût ainsi terminé son existence, il eût été très-possible que l'enfant eût cessé d'exister avant elle. La faiblesse de cette malade, la suffocation et l'espèce de syncope qu'elle éprouvait de temps à autre nous avaient fait redouter sa mort avant son accouchement, mais non de la manière qu'elle a eu lieu.

Quelle a été la cause de cette violente hémoptysie? Ce que l'autopsie nous eût appris sûrement nous réduit à de simples conjectures. A-t-elle été produite par l'exhalation du sang à la surface des cavernes pulmonaires? Je ne le pense pas; elle n'eût pas été aussi abondante. A-t-elle été produite par la rupture d'une ou de plusieurs branches de l'artère ou des veines pulmonaires traversant une caverne ou rampant à sa surface? C'est probable.

L'enfant, conçu et nourri pendant le plus haut degré de phthisie, deviendra-t-il lui-même phthisique? C'est ce que le temps prouvera, étant élevé à l'hôpital, où M. Manry sera à même de l'observer.

RÉFLEXIONS.

Une femme parvenue au dernier degré d'une phthisie

tuberculeuse, arrivée à peu près au terme d'une première grossesse, meurt subitement en crachant le sang à flots. L'opération césarienne est pratiquée cinq minutes après la mort; l'enfant, d'abord pâle et sans mouvement, se ranime peu de temps après, et vit aujourd'hui, âgé de trente et quelques jours; l'autopsie du corps de la mère n'a pas été faite. Tel est le résumé de cette observation. Essayons de présenter quelques réflexions, soit sur l'histoire elle-même de cette maladie, soit sur les remarques dont elle est accompagnée. Je fais observer d'abord que la maladie de la mère n'offre qu'un intérêt médiocre, puisque l'ouverture n'a pu être faite. La nécropsie eût, sans doute, démontré l'existence d'un anévrysme, soit du cœur, soit des gros vaisseaux; je ne pense pas que la rupture d'une artériole traversant une caverne ait pu produire une hémorrhagie aussi considérable que celle qui a déterminé la mort; je crois devoir plutôt l'attribuer à la communication de quelques gros vaisseaux avec les voies aériennes.

Ce qui rend l'observation de M. Huguier véritablement intéressante, c'est la réussite de l'opération césarienne pratiquée après la mort de la mère. L'opération en elle-même ne présente rien de remarquable; pratiquée vers la ligne médiane, elle ne fut entravée par aucune difficulté; à la section de l'utérus il y eut écoulement d'un peu de sang; le placenta n'était pas inséré à la face antérieure de l'organe, et par conséquent ne gêna nullement l'opération. M. Huguier remarque, avec beaucoup de justesse, que c'est à la mort instantanée de la mère qu'il faut attribuer le succès de l'opération. L'agonie plus ou moins longue de la mère est la véritable cause de la mort du fœtus encore renfermé dans l'utérus. Aussi le résultat obtenu à Saint-Louis est-il infiniment rare. M. Désormeaux

dit que ni son père ni lui n'ont réussi à amener un enfant vivant par l'opération césarienne pratiquée après la mort de la mère; et dans l'espace de quinze années, la Maternité n'a fourni, à ma connaissance, qu'un seul cas de succès : c'est l'enfant qu'a sauvé et adopté M. Paul Dubois. L'an dernier, j'ai pratiqué trois fois cette opération à la Maison d'Accouchement : dans ces trois cas, les femmes moururent d'affections du poumon, du cerveau ou du cœur; deux d'entre elles étaient presque au terme de la grossesse. L'un des enfans était mort; un autre ne donna de signes de vie que quelques battemens du cœur pendant une à deux minutes; le troisième présenta quelques particularités dignes d'être rapportées. La mère était au huitième mois de sa grossesse; elle mourut d'une inflammation des parties centrales du cerveau, compliquée de dilatation du cœur. L'opération césarienne fut pratiquée douze minutes après la mort; le sang coula en jet pendant quelques secondes, soit des veines sous-cutanées, soit des sinus utérins. Le placenta était inséré sur la face antérieure de l'utérus. La section du cordon donna lieu à un écoulement de deux palettes de sang par le bout adhérent au placenta. L'enfant, bien conformé, du poids de quatre livres, n'offrait d'autres signes de vie que de faibles battemens du cœur. Les conjonctives étaient injectées, les membres flasques, la peau pâle, excepté aux pieds qui étaient violacés. Après quelques insufflations pulmonaires, les battemens du cœur et des carotides devinrent fort sensibles, même à la vue; au bout d'une heure, les membres inférieurs se contractèrent, les supérieurs se raidirent, et les battemens du cœur faiblirent. A la deuxième heure, en persistant dans l'emploi de l'insufflation, en y joignant les frictions excitantes, les linges chauds, la ventilation,

les bains, les lavemens, etc., les membres devinrent souples et rosés, les battemens du cœur devinrent plus forts. Trois heures et demie après sa naissance, l'enfant fit un effort d'inspiration accompagné d'un cri faible et suivi d'une brusque expiration. Un second cri, opéré de même pendant l'inspiration, eut lieu; mais les battemens du cœur allaient en s'affaiblissant de nouveau, et l'enfant mourut cinq heures après sa naissance : j'avais continué l'insufflation pulmonaire pendant tout ce temps.

Cet enfant a-t-il vécu? L'accomplissement de la respiration est regardé comme le véritable signe de vie : je ne crois pas qu'on puisse dire que cet enfant a respiré. En effet, deux ou trois efforts d'inspiration, trop faibles pour que l'air parvienne jusqu'aux ramifications bronchiques, ne peuvent constituer la respiration; et cependant tous les médecins légistes n'hésitent pas à regarder un cri comme signe certain de la vie. Il est évident qu'ils ont entendu parler de cris produits pendant l'expiration, mais ils ne l'ont pas spécifié. Nous avons donc ici un exemple d'un enfant qui a crié et n'a pas vécu. Ce cas mérite encore notre attention, sous le rapport de l'influence de l'insufflation pulmonaire sur la vie. Toutes les fois que je suspendais l'insufflation pulmonaire, les battemens du cœur faiblissaient; ils devenaient plus forts, au contraire, dès que je renouvelais l'insufflation; et je ne mets pas en doute que le peu de signes de vie qu'a donnés cet enfant n'eussent cessé trois ou quatre minutes après sa naissance, si je n'avais employé ce moyen de prolonger son existence. On s'est élevé, dans ces derniers temps, à l'Académie de Médecine, contre cette pratique : elle peut, sans doute, être préjudiciable, mais je n'hésite pas à penser qu'elle a sauvé la vie à beaucoup d'enfans à la Maternité. Le tube

laryngé de M. Chaussier devrait faire partie de la trousse de tous les accoucheurs. Je voudrais cependant qu'on y fît une modification, en retranchant l'espèce de bourrelet dont est garnie l'extrémité laryngée, qui ne remplit pas le but auquel il est destiné, et meurtrit souvent la muqueuse de l'arrière-bouche.

M. Huguier pense que l'opération césarienne doit être pratiquée, lors même que la mort a lieu, lorsque la tête est déjà parvenue dans l'excavation : c'est une erreur. On doit toujours alors préférer le forceps, dont l'application est, à quelques cas près, extrêmement facile, au moyen de ce qu'on amènera de l'excavation, et certainement plus vite, l'enfant que par l'opération césarienne. Ce cas, d'ailleurs, ne peut s'offrir que fort rarement, tout accoucheur expérimenté ayant soin de délivrer immédiatement la mère, dès qu'elle offre le moindre signe qui fasse craindre pour sa vie.

PARALYSIE DE LA FACE,

Dépendante d'une affection du nerf de la septième paire (portion dure), traitée avec succès par le galvanisme,

Par H. Montault.

Depuis plusieurs jours j'éprouvais derrière l'oreille droite une douleur lancinante, rémittente, et depuis trois jours seulement, les larmes n'étaient point absorbées par les points lacrymaux de l'œil droit, en sorte que j'étais

obligé de les essuyer pour les empêcher de se répandre sur le visage, lorsque le lundi 24 août 1829, voulant appeler un épagneul qui devait me suivre à la chasse, je ne pus parvenir à siffler: comme j'étais occupé alors à me raser, je me regardai dans une glace, afin de constater si la paralysie du côté droit de la face, idée qui me vint soudainement à l'esprit, existait réellement. Voici ce que je remarquai: dans l'action de rire, de souffler, durant la mastication, la commissure gauche des lèvres était toujours tirée en *haut et en dehors*, tandis que la droite se laissait *distendre*, était tout-à-fait *passive;* il m'était impossible de rapprocher complétement les paupières de l'œil droit, en sorte que cet œil était toujours à *découvert;* la peau du front et l'aile du nez du côté droit étaient tout-à-fait *immobiles*, quelles que fussent les grimaces que j'exécutais; du reste, la sensibilité, la vue, l'ouïe et le goût, étaient dans l'état normal à droite comme à gauche.

Ne pouvant douter de l'existence d'un mal dont j'avais la conscience, je dus naturellement rechercher quelles causes avaient pu déterminer chez moi la perte lente et presque inaperçue du mouvement dans le côté droit de la face; il est bien vrai que, dans les huit jours qui précédèrent l'accident, les contentions d'esprit et d'autres circonstances propres à fatiguer l'encéphale, ne manquèrent pas; mais pouvais-je le rapporter à des excitations cérébrales? Il y a déjà long-temps que j'y suis accoutumé. Devais-je au contraire trouver la cause de mon état dans l'impression du vent que je reçus continuellement sur le côté droit du visage, en revenant de Saint-Denis, le samedi 22 août, surveille du jour où je m'aperçus de cette affection? J'aurais été entièrement convaincu de sa nature *rhumatismale*, si l'impression du vent et du froid n'avait

été postérieure à la douleur lancinante derrière l'oreille droite et à l'impossibilité de clore l'œil de ce côté.

Quelle que fût la véritable cause de la position où je me trouvais, elle me donnait trop d'inquiétude pour que je pusse me dispenser de recourir aux conseils de l'expérience.

Du 24 au 31 août, je fus saigné du bras; cinquante sangsues furent appliquées en trois fois derrière l'oreille droite et au niveau de la sortie du nerf facial; on mit huit sangsues au siége; je pris des pédiluves sinapisés matin et soir, des lavemens irritans, deux onces d'huile de ricin; je reçus des douches de vapeur aqueuse sur le côté paralysé, et des injections adoucissantes dans le conduit auditif; la limonade, l'eau de veau émétisée, furent mes tisanes ordinaires; je m'exemptai de mes occupations les plus fatigantes et fus sobre d'alimens; dans le même laps de temps et pendant l'emploi de ces moyens, tous les symptômes énumérés plus haut ont non-seulement persisté, mais même augmenté. C'est ainsi que le 31 août la prononciation et la mastication étaient pour ainsi dire devenues impossibles. N'ayant obtenu aucune amélioration du traitement qui vient d'être exposé, convaincu d'ailleurs que les vésicatoires ne devaient pas m'être nécessairement avantageux, puisque l'usage des frictions excitantes, dont j'ai oublié de parler, n'avait rien produit, et que j'avais eu récemment occasion de constater l'inutilité des vésicatoires dans un cas analogue, j'abandonnai tous ces moyens.

Je consultai le même jour (31 août) MM. les docteurs Sarlandière et Pichonnière, qui s'occupent du traitement des affections nerveuses curables par l'application de l'électricité, du galvanisme et de l'acupuncture: ils me pré-

dirent une prompte guérison par ce mode de traitement : je consentis à tout, et de suite je fus électrisé par aigrettes, par étincelles, puis par commotions (1) ! Immédiatement après, je fus soumis à la galvano-puncture : quatre à cinq aiguilles étaient enfoncées, l'une à la sortie du nerf facial, l'autre sur le trajet de ses branches : de ces cinq aiguilles, deux communiquaient, au moyen d'un conducteur métallique qui traversait la tête de ces aiguilles (2), avec l'un des pôles d'une pile de trente plaques ; les trois autres étaient en communication par le même moyen et de la même manière avec le pôle opposé. Lorsque la pile était chargée avec l'acide nitrique, son action était suivie de douleurs très-vives et de peu de mouvemens ; était-elle chargée avec l'acide hydrochlorique (3), la sensation n'était plus aussi douloureuse, mais la contraction musculaire devenait le principal phénomène. Du 31 août au 11 septembre je supportai sept séances de ce traitement. Chaque séance durait vingt minutes à une demi-heure. Le 1[er]

---

(1) Il est à regretter que l'observateur n'indique pas de quelle manière ces commotions ont été données, dans quelle direction passait le fluide électrique, et de quels moyens on s'est servi pour l'accumuler, circonstances qui toutes influent notablement sur les résultats.

(2) Il eût été également à désirer que l'auteur eût fait connaître quel était le mode d'union du fil avec les aiguilles, car s'il n'existait entre eux qu'un simple contact, le courant ne devait passer qu'incomplètement. A quelle profondeur étaient implantées ces aiguilles ? Les parties acupuncturées ont-elles été escharrifiées, ce que l'on doit supposer, lorsqu'on parle d'une pile de trente paires, agissant pendant plus de vingt minutes et par courant continu ?

(3) Quelle a été la quantité d'acide employé ? Est-ce à une différence de quantité que doivent être attribuées les différences de résultat ? *(Notes du rédacteur principal.)*

septembre, l'œil droit commençait à se fermer et la parole était plus libre; le 4, je commençais à pouvoir siffler, la bouche n'était plus déviée que dans le rire forcé, le sourcil s'élevait; le 6 je pus me regarder comme guéri. Le 12 septembre, bien qu'il n'y eût plus que le souvenir de mon affection, un vésicatoire fut placé à la nuque, et entretenu jusqu'au 10 octobre suivant.

REMARQUES

Sur la formation du cal;

Par M. L. Gaillard.

De nombreuses théories ont été émises sur la formation du cal. Haller et Dethles l'ont attribué a un épanchement de matière glutineuse; Hunter à l'ossification du sang coagulé entre les fragmens; Duhamel à l'ossification du périoste et de la membrane médullaire; Bordenave et Bichat à un développement de bourgeons charnus.

MM. Villermé et Breschet, après un examen expérimental de ces différentes opinions, ont établi: 1° La coagulation du sang épanché, l'exsudation d'une lymphe plastique gélatiniforme, formant la matière première du cal; 2° L'extravasation de ces liquides dans les parties voisines qui peuvent concourir à former le cal; 3° L'irritation, l'injection, le gonflement, le ramollissement tant de l'os lui-même que des parties molles voisines; 4° La transformation successive des liquides épanchés en tissu fibreux, semi-cartilagineux et osseux. Ces propositions nous ont semblé être confirmées par l'observation: mais

peut-on admettre l'existence indispensable d'une virole formée autour de l'os par l'organisation des fluides infiltrés dans les parties voisines, ou encore la réunion tardive des surfaces fracturées? Quelques faits nous ont paru être en contradiction avec ces derniers principes. L'erreur, si elle existe, est due à ce que les expériences ont été faites sur les animaux: chez eux en effet on n'obtient presque jamais de coaptation exacte, et il en est résulté que cette circonstance importante dans la formation du cal n'a pas été bien appréciée.

1° *Cal immédiat.* Nous donnerons ce nom au cal qui se forme entre deux fragmens tenus dans un rapport parfait: on l'obtient fréquemment dans les fractures transversales, superficiellement placées, ayant peu de tendance au déplacement, exemple: celles de la jambe; la substance fibreuse qui forme le cal s'organise alors entre les surfaces fracturées seulement. Tous ceux qui ont fréquenté les hôpitaux ont vu ces coaptations si exactes, que sitôt le gonflement des parties molles disparu vers le vingt-cinquième ou trentième jour, la main, promenée sur la face sous-cutanée du tibia, ne peut reconnaître le point fracturé où n'existe aucune tuméfaction. Où est alors le cal provisoire! quel rôle a joué le périoste! La dissection des parties prouvent que le périoste est tout-à-fait sans importance, et qu'il n'y a aucune trace de cal provisoire. On ne peut nier ici qu'une réunion solide n'ait eu lieu en peu de temps entre les surfaces fracturées elles-mêmes (1).

2° *Cal médiat.* C'est celui qui se produit entre les frag-

(1) Observ. 6.

mens qui ne sont plus en rapport par leurs surfaces fracturées; entre ceux qui chevauchent, entre ceux qui sont séparés par des plans musculaires, celluleux ou fibreux, car la réunion, bien que plus difficile, n'en a pas moins lieu dans ces cas, pourvu, toutefois, que les fragmens ne soient pas trop éloignés l'un de l'autre. L'infiltration sanguine, l'exsudation plastique, l'étendent à toutes les parties quelles qu'elles soient qui enveloppent les fragmens; la condensation de ces liquides forme une vraie virole variable en étendue, suivant le déplacement des fragmens. Cette virole vient a s'ossifier, et offre un moyen de contention très-puissant (1). Pendant que la virole s'établit, les fragmens s'unissent par leur point de contact; cette union, faible d'abord, devient à la longue osseuse et résistante; après plusieurs années, la virole, devenue inutile, disparaît, et les fragmens restent soudés latéralement (2). On conçoit très-bien que ce cal difforme et irrégulier, sans véritable point d'appui, est bien plus long que le précédent à se consolider.

On doit remarquer que, dans quelque cas, la consolidation latérale des fragmens déplacés s'opère immédiatement et sans virole provisoire (3).

Nous allons donner quelques faits à l'appui de ces remarques.

---

(1) Observ. 7 et 8.
(2) Observ. 9.
(3) Observ. 5.

Observations sur la formation du cal.

Epanchement sanguin entre les fragmens.

1[er] *jour.* — *Homme, 43 ans.* — *Août* 1826. — Le *fémur* gauche est fracturé un peu au-dessous de sa partie moyenne; les muscles voisins sont contus en plusieurs endroits et infiltrés de sang; le canal médullaire est fermé par un caillot déjà solidifié; le fragment inférieur situé en dedans et en arrière du supérieur, chevauche d'environ un pouce, et la traction très-forte que l'on exerce sur lui ne peut le réduire, même après que tous les muscles antérieurs de la cuisse ont été coupés en travers.

Organisation des caillots.

4[e] *jour. Homme âgé de* 25 *ans.* — *Novembre* 1826. — La capsule articulaire du genou gauche renferme environ huit onces de sang, mêlé à une petite quantité de fluide synovial très-visqueux.

La *rotule* présente sur sa face antérieure une fracture qui s'étend de son angle supérieur et externe à son angle inférieur; la couche fibreuse qui revêt la face antérieure de la rotule est entièrement rompue, les fragmens sont écartés d'une ligne. L'intervalle qui les sépare est rempli par une matière rougeâtre fibro-celluleuse, spongieuse, semblable à un caillot semi-organisé aux deux fragmens par quelques filamens.

En arrière la fracture pénètre dans l'articulation, car le cartilage est fendu dans le même sens que l'os; outre cette division principale, un éclat appartenant à la face postérieure du coté interne fait saillie du coté de l'articu-

lation ; l'espace qui sépare ces fragmens est encore rempli par du sang coagulé moins dense que sur la face antérieure ; la surface du caillot est lisse et polie.

Epaississement du périoste. — Injection de l'os exsudation de limphe plastique.

9e *jour. Homme*, 74 *ans.* — *Août* 1827. — Le *femur* est fracturé à quatre pouces environ de son extrémité inférieure presque transversalement ; il y a chevauchement. Les deux fragmens sont entourés de plusieurs caillots ; l'extrémité du canal médullaire est entièrement fermée par une masse dure fibrineuse de sang demi-organisé. Les saillies tranchantes de la cassure sont déjà effacées; le perioste querecouvrent les extrémités fracturées est épaissi, ramolli ; entre lui et l'os existe une couche mince gélatineuse ; dans cette partie limitée, la surface osseuse est striée et plus intacte que dans les autres.

Cal immédiat. — Substance fibreuse.

23e *jour. Homme*, 41 *ans.* — *Octobre* 1826. — La première *phalange* de l'indicateur gauche est divisée en deux fragmens très-obliques qui ont un peu glissé l'un sur l'autre, de manière à produire un léger chevauchement ; les surfaces fracturées sont unies entre elles par un tissu fibreux très-résistant.

Cal médiat.

26e *jour. Homme*, 28 *ans.* —*Avril* 1826. — Le *radius* est fracturé à trois pouces de son extrémité inférieure ; les fragmens osseux sont superposés l'un à l'autre, et che vauchent en leur point unique de contact ; ils son

unis par une substance flexible, mais solide, dans l'intérieur de laquelle on rencontre un grand nombre de granulations osseuses. Les extrémités du canal médullaire sont fermées par une substance dure et fibreuse; le périoste est épaissi, mais à l'extrémité seulement des fragmens. La fracture est entourée d'une substance jaunâtre concrète; les parties voisines sont fortement injectées.

Cal immédiat parfait. — Injection et hypertrophie légère du tissu osseux. — Epaississement du périoste. — Substance fibreuse qui réunit les surfaces fracturées.

55 *jours. Homme*, 30 *ans.* — *Octobre* 1827. — Le *tibia* et le *péroné* sont fracturés au même niveau, un peu au-dessus du quart inférieur de la jambe; la fracture est transversale, assez solide; les fragmens du tibia sont dans un rapport parfait; le fragment inférieur du péroné est un peu dévié en arrière.

Tibia. Les muscles ne lui adhèrent que par un tissu cellulaire, lâche, filamenteux, très-ecchimosé; le périoste est épaissi, dense; ses fibres se continuent sans interruption d'un fragment à l'autre en passant sur le point fracturé; la surface de l'os semble un peu tuméfiée; elle est ramollie, rugueuse, striée longitudinalement; le tissu osseux et aussi plus rosé, plus piqueté de points roses que dans l'état normal; ces modifications ont lieu dans l'os lui-même; il n'y a aucune production nouvelle; elles sont très-sensibles à l'extrémité des fragmens, puis vont en diminuant et cessent tout-à-fait à un pouce et demi au-dessus et au-dessous de la fracture.

Les fragmens séparés avec force ont offert : surface adhérente; une substance fibro-cartilagineuse, épaisse d'environ une demi-ligne, continue avec la surface du fragment, très-adhérente par sa circonférence au périoste

qui passe d'un os à l'autre; elle est piquetée de rouge, très-dense, et forme un puissant moyen d'union entre les fragmens. Le canal médullaire est fermé à l'extrémité des fragmens, par une substance réticulaire très-dense, continue d'un fragment à l'autre au moyen de la matière fibreuse ci-dessus; elle contient une moelle très-rouge, et bien différente de celle qui remplit le reste de l'os.

Le *péroné* offre les mêmes modifications que le tibia; ses extrémités sont un peu plus rouges et plus tuméfiées; les muscles péroniers latéraux adhèrent au pourtour du point fracturé, et semblent contribuer à l'union des fragmens; dans ce lieu, leur tissu a acquis un aspect fibreux; nous devons rappeler que ces fragmens ne sont point dans un état de coaptation exacte.

Cal médiat. — Virole provisoire aux dépens des parties voisines.

60 *jours. Femme*, 79 *ans.* — *Octobre* 1815. — *Fémur.* Les deux fémurs, fracturés à leur extrémité inférieure, n'ont pu être réduits exactement à cause des mouvemens continuels auxquels s'est livrée la malade; les fragmens sont situés l'un en dehors l'autre en dedans, et se touchent seulement par un point de leur circonférence. Cependant, dans cette situation, la consolidation a eu lieu. Le canal médullaire est fermé à l'extrémité de chaque fragment par un tissu très-dense, tandis que, plus haut, ce canal est extrêmement large et renferme près de son extrémité fracturée une moelle très-rouge. Les fragmens n'adhèrent point l'un à l'autre par le point peu étendu de leur contact; seulement là leur surface est ramollie et piquetée de rouge; tous deux sont entourés d'une masse ovoïde de plusieurs pouces de longueur, formée par un tissu dur, fibreux, où se confondent le périoste, le tissu cellulaire et

un grand nombre de fibres musculaires. Cette masse est en plusieurs point comme infiltrée de sucs calcaires, qui lui donnent de la résistance et de la fragilité; elle adhère intimement aux surfaces externes des fragmens qui dans ces points offrent une surface rougeâtre et striée longitudinalement.

Cal médiat. — Virole osseuse.

90 *jours. Homme* 68 *ans.* — 1826. — *Radius.* — L'extrémité inférieure du *radius* a été divisée en quatre fragmens tous pénétrans dans l'articulation, ne s'élevant pas à plus d'un pouce au-dessus. Toute cette extrémité inférieure, ainsi écrasée est entourée d'une masse irrégulière du volume de plus de la moitié d'un œuf, formée par un tissu osseux très-friable, très-spongieux et vasculaire, qui encaisse et réunit les différens fragmens en une masse commune.

Cal médiat. — La virole osseuse est disparue.

6 *ans. Homme,* 50 *ans.* — 1826. — *Fémur.* — Il est fracturé à sa partie moyenne; la partie occupée par le cal est irrégulièrement ovoïde; elle présente quelques éminences stalactiformes, mais aucune de ces aspérites anguleuses et tranchantes qui résultent de la fracture d'un os; le cal est criblé d'orifices valculaires dont quelques-uns sont très-considérables.

Les deux fragmens chevauchent d'environ un pouce; ils sont en contact par une portion de leurs faces latérales, et là ils sont unis l'un à l'autre au moyen d'une substance osseuse intermédiaire tout-à-fait identique et continue au tissu dense et compacte qui forme les fragmens; cette large soudure offre une grande solidité; si un cal provisoire a pu autrefois servir à l'union des os il n'en reste aucune trace.

LUXATION

Du Cubitus en arrière ;

Par M. Boudault.

Plaie pénétrante de l'articulation huméro-cubitale gauche. — Hémorragie. — Guérison.

Le radius et le cubitus sont si solidement fixés entre eux, que long-temps on a douté que l'un de ces os puisse se déplacer sans que l'autre y participe. Cependant *Duverney*, fondé sur plusieurs observations de luxations du radius en arrière, décrivit le premier d'une manière exacte cette espèce de déplacement, et prouva que, dans quelques circonstances, cet os pouvait seul se luxer; mais le cubitus, dont l'extrémité supérieure est parfaitement emboîtée avec l'humérus et solidement fixée à cet os, ainsi qu'au radius, non-seulement par des ligamens, mais encore par des muscles forts et nombreux, n'avait jamais paru susceptible d'un déplacement isolé : aussi cette lésion ne se trouve-t-elle indiquée dans aucun ouvrage. Sir Astley-Cooper est le seul qui en fasse mention, comme le prouve la pièce pathologique qu'il a fait dessiner dans son ouvrage sur les dislocations; il est aussi le seul qui, d'après sa propre expérience, ait été conduit à admettre cinq espèces de luxations à l'avant-bras, parmi lesquelles se trouve celle dont nous voulons parler, la luxation du cubitus seul en arrière.

Les cas de ce genre devant se présenter rarement à l'observation, et celui de M. Cooper me paraissant unique jusqu'à ce jour, je pense que la communication d'un fait analogue à celui-ci ne sera pas sans intérêt.

Le 17 mai 1829, François Alexis, âgé de quarante-neuf ans, menuisier, monté sur le bord d'un balcon pour poser des persiennes au premier étage, perdit l'équilibre, et se laissa tomber. Dans sa chute, qui eut lieu sur la paume de la main gauche, le bras éloigné du tronc supporta tout le poids du corps, tandis que la partie externe de l'avant-bras, précisément au point qui correspond à l'apophyse coronoïde et à l'extrémité supérieure du cubitus, fut violemment contuse et repoussée en arrière par une pierre assez volumineuse qui, par hasard, se trouvait là. Aussitôt, par l'effet de la commotion générale, cet homme tomba dans un collapsus presque complet; mais, à peine revenu de cet état, il se manifesta par la plaie qui venait d'être produite une hémorrhagie grave, qu'un médecin appelé de suite ne put arrêter : c'est ce qui engagea ce malade à venir à l'Hôtel-Dieu.

La face est pâle, recouverte de sueur, et annonce la perte d'une assez grande quantité de sang; la main et l'avant-bras sont dans la flexion; la partie externe de l'articulation du coude présente une plaie de dix-huit à vingt lignes d'étendue, dirigée d'arrière en avant et de dedans en dehors; entre les lèvres de cette plaie se trouvent quelques lambeaux de ligamens et de muscles dilacérés; on y aperçoit aussi facilement la trochlée de l'humérus, qui est lisse et polie. En arrière, on voit et on sent parfaitement l'olécrane, qui soulève la peau et fait une saillie considérable; en dehors, l'articulation ne présente rien de remarquable; le radius paraît en place. En effet, tandis qu'avec une main on imprime des mouvemens de rotation à l'avant-bras, on s'assure, au moyen de l'indicateur de l'autre main introduit dans la plaie, que le radius est dans sa position normale, en contact avec la petite tête de l'hu-

mérus, puisqu'il tourne facilement en cet endroit. Le ligament annulaire qui participe au déchirement laisse repousser avec facilité en arrière l'apophyse coronoïde déjà déplacée.

Malgré la maigreur de cet homme et l'absence de gonflement inflammatoire, je doutais de ce que j'avais vu, ne connaissant pas l'observation de sir Astley-Cooper, et n'ayant jamais lu ni entendu parler d'un déplacement semblable, lorsque mon collègue et ami, M. Pagès, après avoir examiné attentivement le malade, pensa, comme moi, que c'était une luxation du cubitus seulement. Dès-lors, comme si nous eussions eu affaire à une luxation des deux os de l'avant-bras, nous procédâmes à la réduction, qui d'ailleurs fut extrêmement facile. Après avoir fait rentrer autant que possible entre les lèvres de la plaie les morceaux de muscles déchirés, nous réunîmes par première intention, afin d'empêcher l'introduction de l'air dans l'articulation; on tamponna légèrement sur le trajet de la plaie pour arrêter l'hémorrhagie; on fit un pansement simple; le membre fut ensuite placé dans la demi-flexion sur un oreiller (diète le matin). Tels furent les moyens employés contre cet affreux accident; la quantité de sang perdue fut jugée suffisante pour ne pas pratiquer de saignée.

Le lendemain le malade est assez tranquille. La douleur qu'il éprouvait est supportable; mais le pouls s'étant relevé, une saignée fut pratiquée; car il était urgent de s'opposer fortement à une inflammation que tout portait à craindre.

Pendant les quatre premiers jours qui suivirent l'entrée de cet homme à l'hôpital, il ne se manifesta rien de remarquable; le membre n'était ni tendu ni gonflé; le som-

meil était paisible; il n'y avait pas de douleur à l'articulation; la faim se fait sentir (on accorde la soupe). Le cinquième jour, en levant l'appareil, on trouve la charpie teinte de sang desséché; mais la plaie, légèrement gonflée dans l'intervalle des bandelettes, présente un bel aspect, et marche rapidement à sa cicatrisation. De nouvelles bandelettes sont appliquées, et on panse simplement. Depuis cette époque, le malade alla de mieux en mieux, et il désira sortir le 13 juin, attendu qu'il était guéri. On appliqua un bandage roulé sur le membre, et on recommanda à cet homme les plus grands ménagemens; il promit de revenir si de nouveaux accidens survenaient, mais il n'a plus reparu.

Cette observation, dans laquelle nous trouvons d'une part commotion générale, suite de la chute, de l'autre plaie pénétrante de l'articulation du coude, hémorrhagie abondante, et surtout luxation du cubitus en arrière, démontre que, dans des désordres aussi graves que ceux qui ont eu lieu ici, la guérison peut s'effectuer, et cela dans un temps tout aussi court que celui d'une plaie simple. A la vérité, la constitution sèche du malade, l'abondance de l'hémorrhagie, la réduction faite sur-le-champ de la luxation, et la saignée pratiquée à l'Hôtel-Dieu, ont prévenu sans doute les symptômes inflammatoires qui, dans des cas semblables, sont si souvent funestes à la plupart des malades.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Opinion de M. Burdin aîné, *sur les expériences de la commission médicale d'Egypte, présidée par* M. Pariset.

Tous les journaux ont rendu compte de l'expérience qui a été faite à Tripoli, en Syrie, par le docteur Pariset et ses honorables collègues MM. Dumont, Guilhou, Lagasquie, D'Arcet fils et Bosc, pour démontrer l'effet des chlorures sur les matières infectées de miasmes pestilentiels.

L'Académie royale de médecine, dans sa dernière séance générale, a entendu sur cet objet une longue lettre du docteur Pariset, écrite à S. Exc. le ministre de l'intérieur, et transmise à ce corps savant; cette lettre n'a pas répondu à l'attente qu'on s'en était promise.

Il y a quelques années, l'Académie royale de médecine s'occupa beaucoup de la question importante de la contagion dans les grandes épidémies; alors, six jeunes médecins s'offrirent pour aller se soumettre eux-mêmes aux chances de la contagion, près des lieux où règnent les épidémies, en se mettant en contact avec les vêtemens contaminés et sans désinfection préalable; leur offre ne ne fut point acceptée. Aujourd'hui, sans vouloir rien préjuger contre la contagion de la peste, nous dirons que son existence n'est pas tellement prouvée qu'on puisse la regarder comme une chose réelle; plusieurs médecins recommandables nient formellement qu'elle soit contagieuse; le docteur Asselini, ancien médecin de l'armée française en Egypte, et le docteur Charles Macleant, qui a vu la peste

dans le Levant, ont écrit que cette maladie n'est pas contagieuse. M. D'Arcet, dans sa lettre datée de Tripoli, le 23 juin 1829, dit : « La peste règne encore, mais son terme habituel arrive : dans une vingtaine de jours, tout accident cessera. »

On reconnaît bien là la marche d'une maladie endémique, mais non le caractère de la contagion.

Dans cet état de choses, on a lieu de regretter que les membres de la commission n'aient pas commencé par faire des expériences propres à prouver l'existence du virus de la peste et de sa propriété contagieuse. Nous ne pensons pas que ce soit la crainte qui les a empêchés de faire ces expériences sur eux-mêmes; mais il nous semble qu'ils auraient dû profiter de l'offre que leur a faite le pacha de Syrie, de mettre à leur disposition des hommes condamnés à mort pour faire des expériences; les hommes qui y auraient été soumis se seraient trouvés heureux de pouvoir espérer leur grâce pour être seulement assujétis à se couvrir des dépouilles de pestiférés, d'autant qu'on achète ces mêmes objets de la main des juifs, et qu'on s'en sert habituellement sans précaution.

Pendant la peste de Moscou, la grande Catherine mit à la disposition des médecins un certain nombre de condamnés à mort, qui furent graciés pour s'être revêtus impunément des dépouilles d'hommes morts de la peste, après qu'elles avaient été soumises à une certaine fumigation. Alors, on négligea de faire la contre-épreuve, et les expériences sont restées insignifiantes; il serait fâcheux que celles faites avec les chlorures eussent le même résultat.

Si le ministère, avant d'envoyer une commission de médecins et de savans en Egypte, pour faire des recherches sur la peste et essayer l'effet des chlorures dans la

désinfection, avait consulté l'Académie des sciences et celle de médecine sur la nature des expériences à faire, et la marche à suivre dans leur exécution, il n'y a pas de doute qu'il n'eût obtenu un résultat utile; c'est dans la crainte qu'il n'en soit autrement que nous publions ces réflexions, afin que l'on puisse donner de nouvelles instructions à la commission, s'il en est temps encore.

La science réclame aujourd'hui, comme première expérience dans la recherche de la contagion, celle qui aura pour objet de constater si des substances provenant immédiatement de pestiférés, et transportées hors du lieu de l'épidémie, peuvent communiquer la maladie. Si cette première expérience n'est pas faite et répétée avec soin, on restera toujours dans le champ des hypothèses sur le fait de la contagion, et il est à craindre que l'expédition médicale d'Egypte, aussi coûteuse que difficile à obtenir, ne soit encore en pure perte pour la science et l'humanité.

RÉPONSE *à l'article précédent, par* M. E. PARISET.

Au Caire, 25 novembre 1829.

M. Burdin me reproche d'avoir mis en fait ce qui est en question : et moi, je lui reproche d'avoir mis en question ce qui est en fait.

En temps de peste, un homme se tient renfermé chez lui; il se porte bien, et pour ne rien laisser approcher de suspect, il a pris toutes les précautions imaginables, sauf une; celle de se posséder et de commander à son inquiétude et à sa violence. On lui apporte une lettre; il faut qu'il la lise; il la prend avec colère, la rejette avec horreur; le soir il a la peste, et en quelques jours, il meurt.

Un négociant renfermé comme lui, et avec les mêmes précautions, s'oublie comme lui un moment; il prend des mains d'un Turc des papiers d'importance; il a la peste; il meurt, et sa famille, jusques là préservée, et composée de onze personnes, meurt tout entière en peu de jours. Les papiers, première cause du mal, ne furent pas moins funestes au Turc qui les avait apportés. Des millions de faits semblables sont dans la mémoire des Orientaux, et les Orientaux ne les ont dans leur mémoire, que parce qu'ils les ont eus sous leurs yeux.

Est-ce seulement par des papiers que se fait cette transmission? La cravate d'un pestiféré passe successivement au cou de six hommes, et ces six hommes meurent de peste.

La charpie d'un bubon reste sur un matelas. L'homme qui se met sur ce matelas pour y prendre du repos, y prend la peste.

Les vêtemens d'un pestiféré mort, sont portés par vingt-cinq personnes, l'une après l'autre; vingt-cinq morts de plus; on finit par brûler les vêtemens.

Un pestiféré meurt dans une ville où était la peste. Les vêtemens sont envoyés dans une ville où elle n'était pas; sept enfans jouent sur ces vêtemens, tous prennent la peste, et succombent.

« Contes de vieilles ! » s'écrie M. Burdin, « je n'ai » rien vu de tout cela; je n'y crois pas; vous n'auriez pas » dû y croire. »

Qu'est-ce à dire ? est-ce que par un témoignage de plus, celui de M. Burdin, ces faits prendront tout à coup pour moi le caractère de vérité qu'il leur refuse ? Ce qu'il n'a pas vu, d'autres l'ont vu; s'il rejette le témoignage d'autrui, on rejettera le sien; il veut de l'unanimité, elle n'est possible que sur un point, c'est que nous mourrons tous;

hors de là, elle n'existe plus. Par exemple, il n'est pas sûr pour tout le monde qu'il fasse jour demain, que la terre sera solide, que nous pourrons marcher comme à l'ordinaire. Nous présupposons tout cela, et sur cela, au risque de nous tromper, nous formons projets sur projets; c'est qu'il est une foule de jugemens que nous mêlons sans nous en apercevoir à tout ce que nous imaginons; il en est de même pour la peste. Partout où elle a paru, l'expérience de chaque épidémie a conduit de vive force à cette conclusion, que la peste est un mal contagieux. C'est une vérité que l'on n'examine plus, et qui domine depuis les colonnes d'Hercule jusqu'au Caire, du Caire à Damas et Alep, d'Alep à Smyrne, Constantinople, Belgrade, etc.; en un mot, dans toute l'étendue de l'empire Ottoman; j'y joins la Russie, la Pologne, les villes Anséatiques, le Danemarck, l'Angleterre, la Hollande, la France, l'Allemagne et l'Italie. Ce sont des masses de population tout entières, qui sont pénétrées de ce principe; elles l'ont reçu de leurs propres calamités comme un dogme inattaquable et salutaire. Or, très-inhabiles sur une infinité de points, les populations ont un sens merveilleux sur ce qui les touche immédiatement; c'est ce sens qu'Aristote admirait dans la multitude qui assiste aux jeux de théâtre ou aux combats de la tribune. Que peuvent contre cette raison du genre humain, les hérésies d'un ou deux hommes? M. Assalini n'est qu'un contradicteur; M. Macleau est quelque chose de plus. Il se renferme à Constantinople dans l'hopital des pestiférés, près des Sept-Tours; on le menace de la peste, il s'en moque; il a la peste; il crie au secours, il guérit. Le médecin qu'il avait invoqué, lui dit alors : Eh bien! persistez-vous à croire que..., — Ne parlons plus de cela, répond M. Ma-

cleau; et M. Macleau, à peine convalescent, se sauve, de peur d'être pris une seconde fois. Que pensez-vous que M. Macleau ait écrit? Que la peste se communiquait? non; il a écrit qu'elle ne se communiquait pas.

Et voilà justement comme on écrit l'histoire.

Et voilà les autorités de M. Burdin.

— Mais ces médecins ont vu la peste! — Mais Gui de Chauliac, Fracastor, Vallériola, Paulmier, Sennert, Rauchin, Forestus, Diemerbroeck, Sydenham, Hodges, Bertrand, Deidier, Samoïlowitz, Mertens, Paris, Desgenettes, Larrey, Savaresi, Sotira, Puquet, etc., etc., ont vu la peste; homme pour homme, ils ont autant de poids que Chycoineau, Verny, Soulier, autant que Stoll si fortement réprimandé par Howard; autant que M. Assalini, que M. Macleau, et que M. Burdin lui-même; et, comme leur nombre fait majorité, je me déclare net pour cette majorité; à quoi j'ajoute que je ne comprends pas qu'on puisse faire autrement, à moins de vouloir ramener les choses à ce point : qu'en quoi que ce soit, un homme n'en croira que lui-même, et ne sera cru de personne, ce qui est anéantir toute expérience, toute science, et même toute communauté entre les hommes. Mercier jurait sur son honneur que le soleil tournait; a-t-on sur cela remis en question ce que l'ancienne Egypte, Pythagore et Newton avaient décidé? M. Burdin n'ignore pas que l'acétate de morphine empoisonne; il le sait par l'expérience qu'autrui en a faite; il le croit, il s'y tient, et il a raison.

Mais voulez-vous quelque chose de plus positif?

Un médecin ouvrait un jour (en Egypte) le bubon d'un pestiféré; un Arabe se trouvait là, qui le regardait faire; le médecin lui dit, en lui montrant la pointe de sa lancette humectée de pus : « Veux-tu que je te mette un peu

de ceci au bras ? » L'Arabe hésite. — Combien me donnerez-vous ? — Ce que tu voudras. — Deux piastres (24 sous). — Soit : mais prends garde, tu seras malade, et peut-être malade au point de mourir. L'Arabe n'en tient compte, il presse le médecin ; le médecin lui serre le bras, en gratte un point avec le bout de sa lancette, puis il prend un peu de coton imprégné de pus, et le fixe sur le lieu avec une bande. Deux heures après, l'Arabe avait la peste ; il guérit. Le médecin se disait à lui-même : « Belle occasion de voir si le même homme peut avoir deux fois la peste. » Il va, trois piastres à la main, prier l'Arabe de se laisser faire une seconde innoculation ; l'Arabe accepte : seconde peste, et seconde guérison. Après ces deux épreuves une troisième ne coûtait guère : troisième peste, troisième guérison ; enfin une quatrième, après laquelle l'homme mourut.

L'expérimentateur que je connais, que je vois tous les jours, l'expérimentateur était alors dans toute la crudité de la jeunesse et du doute ; il faisait alors ce qu'il ne ferait plus aujourd'hui. Toutefois que pouvait-il conclure de ces quatre faits qui pour lui n'en faisaient qu'un seul ? Il voulut en avoir la confirmation, et par la séduction des piastres, il répéta sa petite manœuvre sur treize autres sujets ; tous eurent la peste ; les uns se sauvèrent, les autres moururent ; ils tombaient malades au bout d'un, deux, trois, quatre, cinq, six heures ; le dernier ne fut pris qu'après quinze heures, et, se sentant encore bien à la quatorzième, il raillait le médecin de son équipée ; trois heures après, il était mort. Je sais très-positivement que de semblables épreuves ont été faites dans le même temps et avec le même résultat, sur onze autres Arabes ; cela fait vingt-cinq de bon compte, et c'est ici que l'on sent

la force de cette figure de rhétorique, que l'on appelle répétition. Ceci se passait en 1801, à Rahmanieh, dans le Delta, ou vis-à-vis.

Cette même année, arrive avec l'armée anglaise un petit bossu, fort honnête homme et très-habile médecin, le docteur White. Le docteur White était sceptique sur la peste, comme on l'est à Paris sur la syphilis : il voulait donc s'inoculer la première de ces deux maladies. « Gardez-vous en bien, lui disait l'expérimentateur, la peste vous tuera ; faites ce que j'ai fait, inoculez des Arabes. » Le docteur White suivit sa pointe, il s'inocula, il mourut (1).

La commission pouvait en faire autant à Tripoli ; elle pouvait revêtir les habits des morts, sales et fétides comme elle les avait reçus. Quelques-uns de nous seraient morts ou peut-être tous, d'autant plus que quelques-uns de ces vêtemens avaient servi à plusieurs pestiférés, comme nous l'avons vu depuis. Que serait-il arrivé ? Nous aurions fait une épreuve funeste, mais surtout inutile : on s'en serait moqué, et on aurait eu raison.

— Mais, puisque vous le pouviez, que n'opériez-vous sur des condamnés à mort ? — Je l'avoue l'*experimentum in animâ vili* m'a toujours fait horreur, et je me figure que sur le point de faire lui-même ce qu'il conseille, M. Burdin se serait dit dans le secret de son cœur : « Cet homme » qu'on me livre est-il coupable ? a t-il été condamné justement ? N'est-ce pas un malheureux que l'on sacrifie à » un caprice ? un autre caprice ne peut-il pas le sauver ?

(1) La même chose est arrivée il y a quelques années à un médecin prussien, à Smyrne.

» Son innocence ne sera-t-elle pas reconnue? et cependant » je vais faire l'office de bourreau! Qui suis-je pour dis- » poser dans aucun cas de la vie de mon semblable? si je » la lui ôte puis-je la lui rendre? ai-je le pouvoir d'un Dieu? » Pour satisfaire ma curiosité, n'ai-je point à discrétion des » animaux d'un moindre prix?» Et là-dessus M. Burdin se fût souvenu que des chiens inoculés de peste, prennent très-bien la peste, et, content de ce genre d'expérience, lequel toutefois peut blesser la morale, il se fût épargné le triste spectacle d'un homme mourant de ses mains, et maudissant le nom français, qu'il faut s'appliquer à faire bénir au contraire partout où il est porté. Voilà pourquoi nous avons eu en aversion un expédient si plausible en théorie, aversion que partageait, selon toute apparence, la grande âme de Catherine II. Elle avait une raison trop élevée pour ne pas voir que la question de la contagion n'était que trop décidée par la fatale épidémie de Moscow. Elle jugeait mieux que n'avaient jugé dans leur temps Mercuriali et Capo di Vacca, lesquels tombèrent, malgré leur génie, dans la méprise la plus grossière et la plus dangereuse. C'est qu'au lieu d'attacher leur esprit sur ce qui est capital en cas pareil, ils ne consultèrent que les symptômes de la maladie, symptômes toujours insidieux dans le principe, propres à fasciner les petits esprits et à susciter ces âpres disputes dont ils se repaissent avec tant d'ardeur. Le docteur White pouvait expérimenter sur des Arabes; il fit sur lui ce qu'il pouvait faire sur eux, faute respectable, qui rendra sa mémoire sacrée à tout homme qui a des entrailles.

J'entends le docteur Burdin répliquer: « La mort de « M. White et celle des Arabes sont-elles en réalité l'effet de » l'inoculation? ne sont-elles pas plutôt l'effet de l'endé-

» micité ? En d'autres termes, tant d'hommes n'ont-ils pas » été innoculés plutôt par le lieu que par la lancette ? »

J'adopte cette proposition, pourvu que M. Burdin en adopte les conséquences ; or, ces conséquences les voici : ou la peste qui depuis trois étés régnait à Tripoli, y existait par des causes locales, et conséquemment elle y était epidémique ; ou bien elle y avait été apportée de dehors, et conséquemment elle y a été contagieuse.

Dans le premier cas, nous nous sommes exposés sans réserve à l'action des causes présumées locales de cette peste ; et soit que nous eussions fait, soit que nous n'eussions pas fait d'expérience, nous devions en être atteints, et nous ne l'avons pas été. Mais les causes étaient affaiblies ? si peu, que pendant notre séjour, nous avons vu des accidens très-graves ; qu'après les fêtes du grand-baïram, du 12 au 15 juin, les maladies se multipliaient et s'envenimaient sensiblement ; et qu'enfin, la peste a été portée à Saint-Jean-d'Acre, où, par le soin qu'on a pris de séquestrer les malades, elle n'a enlevé que dix-neuf personnes.

Dans le second cas, la maladie étant contagieuse, elle produisait un principe de transmission. Ce principe exhalé par la peau et par les surfaces pulmonaires, se déposait partout ; mais de préférence dans les vêtemens des malades ; et si nous avons touché des malades, si nous nous sommes appliqué sur la peau les vêtemens des morts, que la sueur, le pus, la sanie avaient pénétrés, nous devions contracter la peste, et nous ne l'avons pas contractée. Qu'un ou deux d'entre nous aient échappé au virus, fort bien ; mais six ! tous différens d'âge, de tempérament, d'aptitudes ! Permettez-moi donc de croire qu'il y avait miasme, et que ce miasme a été détruit par les chlorures.

L'altération qu'ils ont subie par leur contact avec les vêtemens prouve, selon moi, qu'il y a eu désinfection. — Mais vous étiez sûrs de votre fait? — Qui vous l'a dit? Aviez-vous fait l'expérience pour nous donner cette sécurité? J'en avais si peu, qu'en prenant ces habits, je me disais : « Peut-être que pas un de nous ne vivra demain. » Il y avait probabilité de succès : mais de certitude, point. Voilà pourquoi je souhaitais que nous ne fissions pas l'expérience tous à la fois; je sais bien qui devait commencer; mais la commission s'est récriée contre l'initiative, et cette initiative, nous l'avons tous; il n'y a pas grand mal à cela.

Je soupçonne que M. Burdin ne sera satisfait que lorsque des objets *susceptibles*, pris dans un lieu où la peste est endémique, et où elle règne actuellement, seront portés dans des contrées où elle est étrangère, afin qu'on puisse bien constater si ces objets la donnent. Mais songe-t-il à ce qu'il dit? sur qui fera-t-il l'expérience? sur le premier venu? sur des condamnés? sur lui-même? Avec quoi la fera-t-il? les substances qu'il emploiera seront-elles infectées comme le sont la laine, le coton, le chanvre, qu'Alexandrie expédie pour le Levant et le Couchant? Et s'il échoue dans une première épreuve qu'en conclure? en fera-t-il une deuxième, une troisième, au risque d'immoler un de ses semblables? contre les lois! contre la sûreté publique! Mais quoi! ses désirs n'ont-ils pas été prévenus? les épidémies pestilentielles ne sont-elles pas de grandes expériences qui répondent à tout? Est-ce qu'une maladie n'est pas contagieuse, par cela seul qu'étrangère et nouvelle dans un pays, elle s'y répand tout à coup, pour en moissonner les populations? La peste était-elle endémique à Marseille en 1720? à Messine en 1743? à Moscow en 1771? Admettez-vous des endémies d'une année? des causes lo-

cales s'élèvent-elles tout à coup pour produire tant de ravages? s'éteignent-elles tout à coup pour les arrêter? où a-t-on jamais vu cela? A côté de ces fictions subsistent des causes réelles, palpables et mille fois constatées : et qu'ont-elles donc de si étrange qui les rende incroyables? Ouvrez la liste des pestes de Malte, vous y puiserez la conviction que, de 1592 à 1813, les expériences sont faites, et que les vôtres seraient plus qu'inutiles, elles seraient meurtrières et par conséquent criminelles. N'est-ce pas dans un historien moderne qu'on lit le fait suivant : une princesse voulut se venger d'une population tout entière; elle fit acheter à Constantinople des vêtemens empestés; elle en gratifia ses victimes, qui périrent presque toutes. Après cette expérience, quelle expérience serait nécessaire?

Jusqu'en 1815, il était sans exemple que la peste eût pénétré dans l'Hedjaz. Cette année, des troupes parties d'Egypte, la portèrent à Gedda; or, Gedda, qui est le port de la Mecque, est une petite ville assise dans les sables, sur le bord de la mer Rouge; elle est brûlée par le soleil, et n'a d'insalubre que des eaux salées et une excessive chaleur, chaleur qui, dit-on, éteint la peste. Malgré cette heureuse condition, Gedda fut presque totalement dépeuplée. Le vice-roi d'Egypte était dans la capitale; il envoya à son premier médecin, le respectable M. Bozzari, l'ordre de se rendre de Gedda à Sambo; il fut très-difficile de trouver une barque et surtout un équipage; toutefois M. Bozzari se met en mer avec six matelots, un reiss et un timonier. Le premier jour, ce timonier pleurait amèrement la perte de tous les siens que lui avait enlevé la peste. Sur cette belle confidence, M. Bozzari fait établir sur le pont une table qui tenait l'équipage séparé d'avec lui et

les siens, et il recommanda de ne toucher à aucun des matelots. Sur le soir le timonier frissonne, il a la peste; on le met sur un lit placé près de la proue. Contre l'avis de M. Bozzari, un homme se dévoue au service du malade; le malade meurt, on le jette à la mer; le même jour, celui qui l'avait servi a la peste. Au bout de vingt-quatre heures, il expire; on le jette à la mer comme le premier; après ce deuxième, un troisième qui l'avait servi, puis un quatrième, puis un cinquième, qui moururent, puis un sixième qui échappa. Il fallut relâcher à Rabugh, et se faire un nouvel équipage. Où sont ici les causes locales? où est l'endémicité dans une barque qui court la mer Rouge? M. Burdin niera-il le fait à M. Bozzari? et si le timonier n'eût eu qu'une fièvre ordinaire, cette fièvre eût-elle passé successivement à six personnes pour en enlever cinq avec tant de rapidité?

Très-généralement, en temps de peste, l'isolement quand il est exact, préserve de la maladie. Cependant, sur ce point, il faut encore distinguer: là où la peste est endémique, cette préservation n'est pas absolue, mais là où la peste est importée, comme à Damas, l'isolement préserve absolument et sans exception. Jamais dans cette ville les chrétiens qui se sont tenus rigoureusement en séquestre, n'ont été attaqués. Les Turcs se moquaient d'eux autrefois; aujourd'hui ils font mieux, ils les imitent, et cette imitation leur fait voir que si Dieu veut que la peste frappe ceux qui la laissent approcher, Dieu veut aussi qu'elle épargne ceux qui la fuient.

Ce qui ferait illusion sur l'endémicité, soit à Damas, soit ailleurs, c'est le fait suivant: Un jour de Pâques, dans une peste de Damas, un pestiféré meurt. Sa veuve prend des vêtemens de deuil, et les vêtemens qu'elle portait, elle

les serre avec soin dans un coffre; la peste cesse; l'année suivante, à pareil jour, la veuve quitte ses habits pour reprendre ceux qu'elle avait quittés; quelques heures après, elle avait la peste; cette peste fut mortelle, et fut l'origine d'une seconde épidémie; ce fait, je le tiens d'un témoin oculaire, le respectable père Raphaël Cubié, de Damas, prêtre catholique, et docteur en médecine de l'université de Pavie. Qu'avaient retenu ces vêtemens déposés par une femme qui se portait si bien? et qu'avaient-ils conservé de si funeste pendant ce repos d'une année? Je connais des faits analogues observés à Constantinople, à Alexandrie, à Rosette, à Malte, et même à Séville, une année après la fièvre jaune de 1800. Quoi! des molécules imperceptibles jetées dans l'air par des malades et attachées à des étoffes, peuvent prendre avec le temps, dans les replis qui les recèlent, une activité si dangereuse? Qui peut dire que du coton, des laines, des chanvres recueillis sur une terre saturée de matières putrescibles n'en reçoivent point les élémens d'un poison si violent et si subtil? Et si, pour que ce poison soit entièrement formé, il ne suffit pas que ce chanvre, ce coton, au lieu d'être exposés à l'air, reposent et fermentent tranquillement, dans les flancs du navire où ils sont entassés; n'est-ce pas ici surtout que de légères aspersions de chlorure seraient d'une efficacité merveilleuse? elles détruiraient le venin, sans détériorer les objets.

Un regret que je partage avec M. Burdin, c'est que les corps savans n'aient pas été consultés sur ce que nous avions à faire. Mais à qui la faute?

P. S. J'oubliais une difficulté. Où M. Burdin a-t-il vu qu'une maladie endémique ne saurait être contagieuse? où est l'opposition? le Chap-chap est endémique au Sennar,

et contagieux en Egypte; je le crois de plus contagieux même au Sennar, comme la peste l'est ici.

Lorsque les Bédouins apprennent que la peste est voisine du désert, ils fuient; si la peste leur est portée, ils laissent le pestiféré sous une tente avec un serviteur, et décampent vite. Surprennent-ils parmi eux un second pestiféré? ils l'abandonnent comme le premier, et n'en sont que plus prompts à fuir. Depuis les premières cataractes jusqu'au Sennar, les populations fuient avec le même soin la variole et la peste.

Faites rechercher à Toulon l'histoire de la frégate *l'Alceste* ou *la Minerve*, qui, en l'an V ou VI, prit la peste en Orient, perdit beaucoup d'hommes, vint à Fréjus, fut appelée à Toulon, désarmée, etc., et si ce qu'on m'en a dit est vrai, vous conclurez.

STATISTIQUE *de l'hôpital de Nantes;*

Par M. AMB. LAENNEC, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes, et professeur à l'école secondaire de la même ville. Broch. in-4°. Nantes, 1829.

Les hôpitaux ne sont une nécessité pour l'habitant laborieux, mais pauvre, des cités populeuses comme Nantes, que dans le cas d'affections chroniques, lorsque affaibli par la longueur de la maladie, il a vu successivement ses ressources s'épuiser, la perte de sa santé et l'interruption de travail qui en a été la suite. Mais pour les maladies aiguës, la plus grande partie des malades admis à l'hôpital (si l'on en excepte les femmes parmi lesquelles encore il y a beaucoup de domestiques) sont presque tous des gens

étrangers à la ville, et c'est surtout à leur égard que l'*Hôtel-Dieu* remplit bien dans tous les points le nom sublime que la charité lui a imposé, *Hospitium Dei.*

Pour appuyer cette proposition sur des exemples, nous allons mettre sous les yeux du lecteur le relevé d'une des dernières années, en choisissant de préférence l'année 1827, parce qu'alors l'épidémie des fièvres intermittentes sous l'influence de laquelle Nantes se trouve depuis quelques années était dans la plus grande vigueur, que les travaux du canal de Bretagne avaient appelé dans la ville toute une population ouvrière nouvelle, et que le mouvement des salles de fiévreux civils, ayant passé subitement de mille à douze cents malades par an, obligea de demander quelques lits de plus. Voici ce relevé par profession, et suivant l'âge, dans un service de cent quatre lits, soixante-douze pour les hommes, et trente-deux pour les femmes.

Sur douze cent onze malades sortis pendant l'année 1827, neuf cent cinquante-quatre étaient atteints de maladies aiguës, et deux cent cinquante-sept de maladies chroniques. Ces douze cent onze malades comprenaient huit cent soixante-dix-huit hommes et deux cent vingt-six femmes pour les maladies aiguës; cent cinquante hommes et cent sept femmes pour les maladies chroniques. Les huit cent soixante-dix-huit hommes appartenaient aux professions suivantes :

		Report.	490
Boucher	1	Manœuvres.	141
Boulangers.	11	Menuisiers..	54
Chapeliers.	4	Militaires.	2
Charpentiers.	14	Meuniers.	4
Colporteurs.	22	Perruquiers.	8
Commissionnaires	7	Plombiers.	6
Cordiers	13	Peintres.	15
Cordonniers	64	Plâtriers.	3
Domestiques.	46	Porte-faix.	27
Douaniers.	5	Raffineurs	11
Forgerons et serruriers. .	87	Rouliers	20
Faïenciers	4	Sabotiers et tourneurs. .	9
Infirmiers.	8	Tonneliers	17
Imprimeur.	1	Tanneurs.	16
Jardiniers.	10	Tailleurs..	21
Marchands..	1	Tisserands.	103
Marins.	32	Teinturiers.	3
Maçons.	22	Tailleurs de pierre. . . .	17
Mendians..	17	Vanniers et boisseliers. .	6
	490		852

D'une autre part.	852
Femmes.	333
Enfans	26
Total général.	1211

Ce tableau montre qu'à part les vingt-six enfans, tous ces malades avaient des moyens quelconques d'existence, sans en excepter les dix-sept mendians sur lesquels nous reviendrons plus tard.

Si maintenant nous examinons les âges de ces douze cent onze malades, nous avons le résultat suivant :

De 5 à 10 ans.	26
De 10 à 20 ans.	177
De 20 à 30 ans.	435
De 30 à 40 ans.	197
De 40 à 50 ans.	111
De 50 à 60 ans.	79
De 60 à 70 ans.	109
De 70 à 80 ans.	66
De 80 à 90 ans.	11
	1211

De sorte qu'en faisant une large part à l'âge auquel un ouvrier ne peut plus faire un travail suffisant pour se nourrir, et en admettant que cet âge soit celui de cinquante ans, nous avons deux cent soixante-cinq individus qui réunis aux vingt-six enfans, font deux cent quatre-vingt-onze personnes, c'est-à-dire moins du quart du nombre total des malades admis, que l'on peut; à proprement parler, considérer comme indigens. Le reste se compose d'ouvriers actifs et qui ne sont dans l'embarras que par l'interruption momentanée de travail que leur occasione la maladie, et par l'absence des soins de famille. Or on remarquera que sur ces neuf cent quatre-vingt-dix malades, six cent douze sont entre l'âge de dix à trente ans. C'est l'époque de la vie à laquelle les ouvriers font ce qu'ils appellent leur *tour de France*; c'est aussi à cette classe d'ouvriers voyageurs qu'appartient le plus grand nombre des individus qui viennent chercher des secours dans les hôpitaux, et ce sont eux en effet qui en ont le plus pressant besoin.

Il est à noter aussi que, si l'on en excepte les femmes, le plus plus grand nombre des malades admis dans les

hôpitaux sont des célibataires ou des veufs, et, si l'on ajoute cette cause à celle qui a été signalée plus haut, on verra que c'est pour eux seulement que les hôpitaux sont indispensables. Et en effet, l'ouvrier marié, entouré d'une famille qui lui doit ses moyens d'existence, en reçoit en retour des soins quand il est malade; et, il faut le dire à l'honneur de notre bonne ville, les affections de famille y sont vives même dans la classe indigente! Ce généreux sentiment fait souvent dépasser à ces malheureux leurs moyens pour soutenir un mari ou une mère de famille malade, et la nécessité seule les amène à l'hôpital, où trop souvent nous avons eu à gémir de les voir arriver trop tard.

Nous avons vu, par le relevé des âges des malades admis pendant une année, que ceux de vingt à trente ans formaient plus du tiers de la population de l'hôpital. C'est, avons-nous dit, l'âge auquel les ouvriers voyagent. C'est donc à des hommes sans parens, sans famille, et l'on pourrait dire sans amis, que l'hôpital offre une ressource quand ils sont malades. Aussi la fréquence des demandes d'admission aux hôpitaux coïncide-t-elle presque toujours avec la plus grande activité de l'industrie. Et cela est si vrai que les mois d'hiver, c'est-à-dire ceux pendant lesquels la misère dans le peuple est plus grande, et par l'interruption des travaux, et par les besoins du pauvre, augmentés encore par la rigueur de la saison, nous recevons moins de malades que pendant l'été.

Le tableau suivant montre que la population de notre hôpital augmente progressivement du mois de janvier au mois de septembre, et décroît dans les mois suivans pour revenir à son chiffre primitif.

Janvier	70	
Février. . . .	73	
Mars.	86	
Avril.	82	
Mai.	109	
Juin	86	
Juillet.	118	1211
Août.	119	
Septembre. . .	123	
Octobre. . . .	122	
Novembre. . . .	120	
Décembre. . .	103	

Il résulte de là que s'il est nécessaire d'agrandir l'Hôtel-Dieu de Nantes, ce n'est pas parce que la misère est plus grande, mais bien parce que le bonheur d'une longue paix, en accroissant journellement l'industrie, tend à augmenter continuellement la population flottante de la ville, et certes il est juste qu'en retour de l'accroissement de richesses qu'elle doit à cette classe laborieuse, la cité remplace près d'elle l'absence des soins de famille, et lui prête aide et assistance en cas de maladie.

On a dû remarquer aussi dans le premier de nos tableaux que la classe des mendians, c'est-à-dire celle qui devrait être la plus misérable, mais qui évite cette condition en prélevant un impôt sur la crédule charité, ne fournit que la soixante-onzième partie du nombre total des malades. Ce résultat plaide assurément en faveur des dépôts de mendicité; car, si les mendians ne viennent pas chercher du secours à l'hôpital, c'est qu'ils sont sûrs de trouver dans la commisération publique des ressources qui malheureusement ne servent que trop souvent à encourager la paresse. Mais il fournit en outre une preuve nouvelle à cette espèce de paradoxe, que l'augmentation de la population des hôpitaux est, comme celle de toute autre popu-

lation, et plus encore peut-être, un signe de prospérité et non de détresse. K.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Fièvres typhoïdes.—Sciatique rebelle guérie par l'usage des bains de vapeur joints à l'électricité. — Hypertrophie concentrique du cœur. —Empoisonnement par les cantharides, suivi de l'expulsion de la membrane muqueuse de l'œsophage.—De la langue, considérée sous le rapport du diagnostic.—Traitement de l'épilepsie.—Moyen pour reconnaître la présence des moindres traces d'arsenic, dans un très-court espace de temps.—De l'asphyxie par la vapeur du charbon et de l'action de l'air froid dans cette maladie. — Mort subite survenue en walsant.—Empoisonnement par l'huile empyreumatique. —Etranglement interne double, gangrène et déchirure de l'iléon. — Rapport du conseil de salubrité. — Epidémie. — Mortalité. —Noyés.

I. *Opinion de M. le professeur Chomel sur les fièvres typhoïdes.*

Depuis long-temps, M. Chomel a fixé son attention sur cet ordre d'affections fébriles, et ses observations l'ont conduit à des idées qui lui sont particulières, sur presque tous les points de leur histoire.

Le nom d'affection typhoïde convient mieux à ces fièvres que tout autre, en ce qu'il n'exprime qu'un fait, la ressemblance de leurs symptômes les plus frappans avec ceux du typhus. Ne préjugeant rien sur leur nature intime, il ne soulève dans l'esprit de l'observateur aucune idée préconçue, aucune théorie, et le laisse libre et indépendant.

Ce qui frappe d'abord dans l'affection typhoïde, c'est la généralité de la lésion, qui s'étend à la fois à toutes les fonctions, soit organiques, soit de relation; mais l'atteinte profonde qu'ont reçue celles-ci est le phénomène le plus remarquable, celui qui a fixé l'attention de tous les médecins, qui constitue un caractère vraiment pathognomonique.

Ainsi, les forces musculaires abattues, les facultés intellectuelles obtuses, jettent le malade dans un état de torpeur morale et physique qui donne à tout l'extérieur une *habitude* spéciale. Le malade reste gisant sur le dos et immobile ; sans réaction, il cède aux lois de la pesanteur qui l'entraîne incessamment vers le bas de son lit. Si on le lève sur son séant, il ne peut se soutenir, il est pris de vertiges, et retombe pour peu qu'on cesse de le retenir. La physionomie n'a plus d'expression : l'œil morne, les paupières terreuses, la bouche entr'ouverte avec tremblottement de la lèvre inférieure, donnent l'aspect de l'hébêtement et de la stupeur. Il y a de la somnolence, un délire sourd ; le malade répond par monosyllabes, assez juste ordinairement, mais après un certain temps ; il semble qu'il réfléchisse même aux questions les plus simples. Rarement le délire est porté à un degré considérable; cela arrive cependant quelquefois, et alors les forces locomotrices, loin d'avoir éprouvé de l'affaiblissement, ont pris un surcroit de vigueur ; on observe dans ce cas de l'agitation, le malade peut même s'échapper de son lit, et commettre des actes de fureur. Cet état fébrile constitue une variété de l'affection typhoïde des plus importantes à connaître ; elle est en général accompagnée de moins de danger, et la convalescence surtout est beaucoup plus rapide.

Les sens externes ont également éprouvé des altérations notables. L'odorat paraît aboli, ce dont on se rend compte, jusqu'à un certain point, par la sécheresse de la pituitaire portée quelquefois à un degré extrême. Le goût, par des raisons à peu près semblables, est considérablement diminué. On voit des malades conserver des liquides dans leur bouche, essayer d'en percevoir la sapidité et de les avaler sans y parvenir. La vue est très-affaiblie; l'œil se fixe sur les objets sans les distinguer, une paupière pesante vient bientôt les voiler. Mais c'est l'ouïe qui, de tous les sens, est le plus affecté ; la surdité est à la fièvre typhoïde ce que sont les *parotides* au typhus. C'est un de ses phénomènes les plus constans, le plus digne d'attention.

Si l'on passe ensuite à l'examen du trouble des fonctions organiques, on trouve que le pouls est le plus souvent d'une fréquence qui ne se rencontre dans aucune autre maladie aiguë ; ainsi l'on compte communément 120, 130, et même quelquefois 140 pulsations par minute; il a de plus une forme particulière, il oscille sous les doigts, il *tremble*, il y a dans la sensation qu'il donne quelque chose d'indéfinissable ; il arrive, mais très-rarement, que, loin d'avoir acquis cet excès de fréquence, le pouls diminue plutôt de vitesse, ou bien conserve son

rhythme naturel. Ainsi on l'a vu ne battre que 60, 75 fois par minute. Cette observation n'avait pas échappé aux anciens, qui, principalement pour cela, donnaient à la fièvre le nom de *maligne*. Rien n'est plus insidieux, en effet, et ne devait l'être surtout alors qu'on attachait une importance si exagérée à tous les phénomènes du pouls.

La chaleur de la peau est âcre. Vers la fin de la maladie, elle diminue ordinairement; c'est vers la troisième période qu'elle commence ainsi à baisser. Il faut en tenir un compte exact; car, à cette époque, les indications pratiques changent. Cette modification de la température extérieure est un des indices les plus certains de l'affaissement progressif des puissances vitales.

L'urine est rare, chargée, d'une odeur forte et pénétrante. La sueur a des caractères très-variables ; son odeur est difficile à déterminer; celle des urines qui coulent involontairement, et celle des évacuations alvines qui s'y mêlent, ne permettent pas de l'apprécier bien exactement. Assez fréquemment des vésicules miliaires s'élèvent sur la surface cutanée, et abondent surtout aux environs des aisselles et sur le thorax; elles semblent formées par de petites gouttelettes de sueur, et constituent ce qu'on a appelé des *sudamina*; mais cette éruption est loin d'avoir la même constance que l'éruption pétéchiale, dont il sera bientôt question.

Les organes de la respiration participent au désordre, ce qu'on découvre aisément aux changemens opérés dans le mode de leurs fonctions, qui deviennent gênées, précipitées. Cependant les malades n'offrent de ce côté rien de très-remarquable. L'auscultation perçoit un râle partout sibilant, ce qui annoncerait que la lésion de la muqueuse bronchique, probablement analogue à celle de la pituitaire, consiste dans un dessèchement de sa surface.

Les fonctions digestives sont incomparablement de toutes les fonctions organiques les plus altérées. La pression abdominale est douloureuse, principalement aux environs de la région iliaque droite. Il y a constipation dans le principe; la diarrhée succède; les évacuations alvines deviennent même si fréquentes, que le malade, dans la période avancée de la maladie, ne peut plus les retenir ; mais alors, ou il a la conscience de leur écoulement, ou bien elles s'échappent à son insu. A ces symptômes se joint le météorisme, phénomène du plus fâcheux pronostic. Si on palpe en sens opposé, on sent que des liquides sont mêlés aux gaz; on produit une sorte de fluctuation, un gargouillement manifeste; ce gargouillement a lieu encore à chaque

évacuation spontanée, et lors du déplacement des gaz par le mouvement péristaltique de l'intestin.

Les hémorrhagies se déclarent par divers conduits naturels. Hippocrate avait signalé les épistaxis dans le début des fièvres graves. Il en avait reconnu la funeste signification. Ils survient encore des hématuries, des hémorrhagies intestinales, mais dans les derniers temps de la maladie; le cas n'est pas nécessairement mortel.

Un autre phénomène qu'on doit rapprocher des hémorrhagies, c'est l'éruption pétéchiale de la peau. Cette éruption est, à bien peu d'exceptions près, constante; les pétéchies ont des caractères particuliers qui les différencient de l'éruption pétéchiale ordinaire; M. Chomel les désigne sous le nom de taches typhoïdes. Rosées, à peu près circulaires, elles dépassent rarement une ligne d'étendue, et sont disséminées principalement sur le tronc. C'est vers le dixième jour environ qu'elles apparaissent; quand elles se dissipent, elles sont remplacées par une exfoliation furfuracée de la peau qui lui donne un aspect sale et terreux.

On a observé des hémoptysies, mais elles sont excessivement rares.

Enfin, un fait qui paraît tenir encore à la nature intime de l'affection typhoïde, c'est la disposition des tégumens à l'ulcération. Ce ne sont point, comme dans les maladies aiguës ordinaires, des escarrhes qui paraissent dues à la compression, à la souillure par les excrémens, etc. Dans ces cas, l'escarrhe tombée, il reste une plaie qui n'augmente pas de largeur; dans la fièvre typhoïde, l'escarrhe une fois détachée, la plaie qui succède ne s'arrête pas, l'ulcération tend continuellement à s'étendre; elle se creuse quelquefois dans le tissu cellulaire lui-même, et donne lieu à des décollemens, à des clapiers énormes. Les vésicatoires mettent cette disposition ulcérative tout-à-fait en évidence, en se convertissant le plus communément en larges et profondes plaies. C'est ce qui a engagé quelques médecins à ne conseiller que les vésicatoires volans.

Tels sont les graves symptômes de l'affection typhoïde. Réunis, ils la caractérisent d'une manière positive; séparés, ils peuvent bien se rencontrer dans d'autres maladies, mais alors des lésions organiques étendues et bien reconnues en rendent un compte suffisant. D'ailleurs leur évolution est entièrement indifférente.

(*Lancette française*, janvier 1830, no 90.)

II. *Sciatique rebelle guérie par l'usage des bains et des douches de vapeur et par l'électricité;* par le professeur Lallemand.

M. B***, colonel d'infanterie, âgé de cinquante ans, fortement constitué et d'un tempérament sanguin, ayant toujours joui d'une excellente santé jusqu'à son retour de la campagne de Russie, fut atteint, peu de temps après, de douleurs rhumatismales aux membres supérieurs; elles s'accurrent jusqu'au 11 juillet 1816, époque à laquelle il consulta M. le professeur Baumes, qui l'envoya aux eaux thermales de La Malou, où il fut soulagé. Obligé de se rendre à Paris, dans les premiers jours de septembre, il y ressentit de nouvelles douleurs, dont il se débarrassa par l'usage des bains et des douches de vapeur; mais après un mois de bien-être, étant allé à la chasse, il essuya pendant quatre heures une forte pluie. A peine arrivé chez lui, il éprouva des douleurs dans les membres inférieurs : à gauche, depuis le genou jusqu'aux malléoles; à droite, depuis la hanche jusqu'au pied. L'on remarquait à droite une rougeur vive sur tout le trajet du nerf sciatique; c'était là aussi que les douleurs étaient les plus fortes : elles devinrent si aiguës dans les derniers temps, que le malade n'avait aucun repos. Pendant l'espace de neuf ans qu'a duré cette maladie, il fit usage d'un très-grand nombre de sangsues, de moxas, de douches et de bains de vapeurs de toute espèce combinés avec la flagellation, les frictions et le massage. Il parcourut aussi différentes eaux thermales et subit plusieurs traitement internes avec le calomélas, la térébenthine, les sirops et les tisanes sudorifiques, et se fit en dernier lieu acupuncturer à plusieurs reprises : tout fut infructueux, et M. B*** ne jouissait de quelques momens de calme qu'en augmentant la dose d'opium auquel il s'était habitué, au point d'en prendre journellement douze à quinze grains. La maigreur était extrême et les forces musculaires étaient presque anéanties.

Le 2 mars 1826, le malade étant dans le même état, eut recours aux conseils de M. le professeur Lallemand et du docteur Bouland, qui convinrent d'employer les moyens suivans : les organes digestifs n'étant point lésés, il lui fut prescrit un bon régime. On chercha à exciter vivement la peau par l'usage intérieur de la teinture de gayac, dont l'action sur la membrane muqueuse intestinale se réfléchit avantageusement dans quelques circonstances sur la peau.

Le 3 et le 4 du même mois, il prit un bain de vapeurs émollientes.

Du 5 au 8, une cuillerée à bouche de teinture de gayac dans une

infusion amère; on lui donna une douche de vapeurs émollientes sur le trajet du nerf sciatique, et immédiatement après un bain également émollient par encaissement à mi-corps. Le soir, même bain et même douche.

Du 9 au 12, trois cuillerées de teinture, une le matin, l'autre à midi, et la troisième le soir. On lui donna le matin une douche de vapeurs aromatiques et un bain de succin; le malade n'éprouvant que peu de soulagement, on eut recours le soir au bain électrique, et l'on continua ainsi les 13, 14 et 15.

Le 16, le malade fut électrisé par les étincelles avant le bain et la douche du matin. Le soir, même douche et bain de succin; on suivit la même marche jusqu'au 20, époque où le malade éprouvait déjà quelques momens de repos, quoique ayant diminué la dose d'opium, qui n'était plus que de six grains.

Le 26, il alla beaucoup mieux; il dormit trois à quatre heures de suite sans éprouver la moindre douleur. On supprima alors l'opium; l'appétit était bon; le malade marchait sans béquilles, soutenu seulement par une canne. Les forces se rétablirent de jour en jour; mais voulant s'assurer si les résultats obtenus venaient de l'ensemble du traitement ou seulement de l'électricité, on cessa les bains et les douches de vapeurs, ainsi que la teinture de gayac; les douleurs ne tardèrent pas à se faire sentir, et en peu de jours, elles furent insupportables. On suspendit les commotions électriques, et quelques grains d'opium furent donnés au malade; on le remit aux douches et bains de vapeurs, à la teinture de gayac; les douleurs étant plus calmes, on essaya de l'électriser de nouveau par les étincelles toujours dirigées sur le trajet du nerf sciatique.

Le 14 avril, le malade ne souffrait presque plus, et quoique l'on eût supprimé l'opium, il dormait bien et faisait de fréquentes promenades dans la journée, quelquefois même sans se servir de canne. Il recouvrait son embonpoint; néanmoins le traitement fut continué ainsi jusqu'à la fin du mois.

Il y a quatre ans que sa santé est tout-à-fait rétablie, et les douleurs n'ont plus reparu.

(*Mémorial des Hôpitaux du Midi*, novembre 1829.)

Hypertrophie concentrique du cartilage cricoïde; par M. Gintrac.

M. C....., de Lyon, âgé de vingt-huit ans, d'une haute stature,

d'une constitution robuste, d'un tempérament lymphatico-sanguin, avait joui, dans son enfance, d'une bonne santé ; il avait cependant quelques tics, tel était celui de soutirer, pour ainsi dire, l'air dans sa poitrine en fermant la bouche et rétrécissant les narines. Entré dans la carrière militaire, il eut, à diverses reprises, des affections catarrhales qui furent graves et firent redouter la phthisie pulmonaire.

Après avoir passé deux années à Cayenne, il voulut revenir en France, et se transporta d'abord à la Guadeloupe, où régnait la fièvre jaune; il contracta cette maladie grave.

Consulté par ce malade en 1819, j'observai très-attentivement le mode remarquable de sa respiration. Pour inspirer, il était obligé de fermer la bouche, de redresser la tête, d'allonger le cou et de mettre en jeu les principaux muscles qui agrandissent les diamètres du thorax. Aussitôt l'air atmosphérique pénétrait dans cette cavité avec une sorte de sifflement, comme s'il eût traversé avec effort une ouverture très-étroite. M. C..... voulait-il parler, il était contraint de couper ses phrases à chaque inspiration nouvelle; il semblait faire une ample provision d'air pour subvenir aux frais d'une plus longue période. L'expiration paraissait facile et naturelle ; la voix était rauque, sans être voilée; souvent elle semblait partir d'un tube métallique, et parfois imitait l'altération qu'elle éprouve ordinairement dans les premiers jours d'un catarrhe laryngé. Il survenait de temps à autre une toux sèche et comme étouffée ; le malade s'efforçant de la calmer, lui imprimait volontairement ce caractère. Le cou n'était point tuméfié, mais il était un peu sensible, surtout à la pression vers sa partie inférieure près du sternum. Lorsqu'à la suite de plusieurs accès de toux le besoin d'expectorer survenait, une légère compression exercée dans le même endroit, sur le trajet de la trachée-artère, favorisait la sortie d'une matière muqueuse, filante et souvent écumeuse. Si cette compression était forte, elle donnait lieu à des soulèvemens d'estomac. La respiration devenait plus laborieuse lorsque le malade montait un escalier ou qu'il se couchait en supination et horizontalement, ou qu'il se penchait du côté gauche. Il éprouvait par suite de la dyspnée; quand elle était forte, des palpitations de cœur. Le pouls était très-régulier et ne présentait d'autre altération qu'une fréquence un peu plus qu'ordinaire. La face, légèrement colorée dans l'état habituel, le devenait davantage aussitôt que l'oppression augmentait. Les organes des sensations, de la locomotion, de la digestion et des sécrétions ne présentaient aucun dérangement notable. La nutrition elle-même paraissait avoir peu souffert.

Dans les premiers jours de septembre, M. C..... éprouva des coliques très-fortes et des vomissemens prolongés. Le 10 septembre, il ressent quelques tranchées, et le dévoiement survient. Le 11, ces symptômes se calment; mais la toux et la dyspnée augmentent; un catarrhe trachéal s'établit. La fièvre se manifeste; le pouls n'acquiert ni plénitude ni dureté. Les délayans et les pectoraux sont mis en usage. Pendant deux jours, les progrès de la maladie semblent enrayés; mais le 14, de grand matin, la difficulté de respirer et les autres symptômes prennent une nouvelle intensité. Je joins aux moyens précités l'emploi des antispasmodiques et l'application de deux larges vésicatoires aux cuisses; je n'observe aucune amélioration. Le nuit subséquente est extrêmement agitée; des quintes prolongées de toux et de violens accès de dyspnée mettent à plusieurs reprises en danger la vie du malade. Voici son état dans la matinée du 15 septembre.

Il était assis sur son lit, appuyé sur les poignets, les bras étant fortement tendus et contractés; il avait la tête élevée et renversée en arrière, le cou très-allongé, la bouche fermée, les narines dilatées. Il faisait de violens et pénibles efforts pour attirer l'air dans sa poitrine; tous ses muscles inspirateurs, ceux même du cou, entraient simultanément en contraction; les épaules étaient soulevées, la thorax agité, la face couverte d'une sueur abondante; tous les traits portaient l'empreinte d'une profonde anxiété. L'air, en entrant dans la poitrine, faisait entendre un sifflement semblable à celui qui résulte de l'insufflation graduée d'une vessie. L'expiration, moins pénible, était entrecoupée par une petite toux, suivie elle-même d'une expectoration de crachats écumeux et blanchâtres; la voix conservait sa raucité sans être entièrement voilée. Le pouls était devenu lent et petit. Les vésicatoires avaient fort bien pris. La soirée de ce jour fut très-calme. Le malade se leva; il vint s'asseoir près d'une fenêtre, afin de respirer plus librement; néanmoins, la dyspné et la toux continuaient. Le 16 septembre, à une heure après minuit, un nouvel accès de suffocation survint, les symptômes marchèrent avec une effrayante rapidité, et M. C.... succomba.

Ouverture du cadavre. L'aspect extérieur ne montrait aucun indice de consomption ni de cachexie séreuse. La face était fort pâle, ainsi que le reste du corps. La tête ne fut point ouverte. La poitrine l'ayant été, les poumons se montrèrent fort volumineux. J'observai avec étonnement qu'ils s'affaissaient à peine sous la colonne atmosphérique, bien qu'ils parussent sains; mais ils se déprimèrent aussitôt que leur

tissu fut divisé; ils étaient exempts de toute lésion organique. Quelques adhérences se trouvaient sur les côtés entre les plèvres. Les canaux aériens, la trachée surtout, avaient plus d'amplitude qu'ils n'en offrent ordinairement; ils ne présentaient d'ailleurs aucune altération.

Le larynx était le siége unique de la maladie. Après avoir fendu longitudinalement cet organe dans sa paroi postérieure, je reconnus un rétrécissement très-considérable de sa cavité. La partie inférieure de celle-ci n'avait environ qu'une ligne dans ses diamètres antéro-postérieur et tranverse. En examinant avec soin les parties divisées, je reconnus que le cartilage cricoïde était spécialement affecté. Étroit et mince en devant, il offrait, sur les côtés et en arrière, une épaisseur de huit à neuf lignes. Sa surface externe était inégale et bosselée, mais ne présentait point en arrière et en dehors une saillie proportionnée à l'épaississement. Cette hypertrophie s'était développée du côté de la cavité, et en avait ainsi diminué les diamètres. Sur le bord inférieur du cartilage on voyait des saillies considérables et des échancrures profondes. Les articulations du cricoïde avec les angles inférieurs et postérieurs du thyroïde étaient complétement soudées. La structure du premier de ces cartilages était, en outre, altérée; sa substance était intérieurement ramollie et comme fongueuse; elle n'offrait aucune trace d'ulcération ni de suppuration; elle n'était abreuvée par aucun fluide; elle était renfermée de tous côtés par une lame cartilagineuse, mince, dense et presque osseuse. La glotte paraissait un peu plus étroite qu'elle ne l'est en général chez les adultes; les replis qui la bornent n'avaient que l'épaisseur accoutumée. La membrane muqueuse qui tapisse la surface interne du larynx n'était ulcérée en aucun point; elle n'offrait pas plus de rougeur que dans la plupart des sujets; elle présentait des plis longitudinaux très-multipliés. Au niveau du rétrécissement, elle était plus épaisse qu'à l'ordinaire; elle était renforcée dans cette partie par une couche de tissu cellulaire dense qui l'unissait étroitement à la surface interne du cartilage; elle n'offrait aucun genre de tuméfaction sur les bords de la glotte. Les cartilages thyroïde et arythénoïdes, l'épiglotte, les muscles et les autres parties du larynx étaient sans altération. Je peux en dire autant du cœur et des viscères abdominaux.

D'après l'exposition que je viens de faire, la nature de la maladie et la cause de la mort s'expliquent sans difficulté. L'air ne s'introduisait dans la poitrine qu'avec peine par suite du rétrécissement de la cavité du larynx. Un catarrhe pulmonaire peu intense, et en toute autre occasion sans danger, est venu augmenter cette étroitesse, et

fermer ainsi tout accès à l'air ; le malade est mort suffoqué. L'altération du larynx que je viens de décrire a-t-elle été souvent observée? Quelles ont été les causes de cette singulière maladie? A l'aide de quels signes la distinguera-t-on des autres lésions du même organe? Les symptômes avec lesquels s'est montrée cette maladie du larynx sont assez distincts pour que, dans des cas analogues, on puisse en soupçonner la présence. Ainsi, l'augmentation successive et la continuité de la dyspnée, les efforts habituels de l'inspiration, le sifflement occasioné par l'entrée de l'air dans la poitrine, la liberté de l'expiration, la raucité de la voix sans aphonie, une toux légère et concentrée, la presque nullité de l'expectoration, la régularité du pouls, l'absence de la fièvre et du marasme, etc., en constituent les signes caractéristique

Les affections avec lesquelles on pourrait confondre la maladie du larynx dont il est ici question sont l'anévrisme de l'aorte, la présence des corps étrangers dans la trachée ou le larynx, les phthisies laryngée et trachéale, l'œdème de la glotte et l'épaississement chronique de le membrane muqueuse du larynx.

Lorsqu'un anévrisme de l'artère aorte exerce, par son développement progressif, une pression plus ou moins forte sur les bronches et la trachée, il peut simuler une affection propre au larynx. Cette assertion est démontrée par beaucoup de faits. Cependant l'inégalité et l'irrégularité du pouls, les battemens de la poche anévrismale, les signes d'une pléthore céphalique ou pulmonaire, etc., permettent ordinairement de distinguer ces états morbides.

Les corps étrangers ne s'introduisent point à l'insu des malades dans les canaux aériens; le médecin est ordinairement prévenu de leur présence; le diagnostic n'offre alors aucune incertitude. D'ailleurs, la subite production des accidens, la mobilité du siége de la douleur, la gêne de l'expiration aussi grande que celle de l'inspiration, la suffocation rapidement croissante, donnent d'utiles présomptions sur la cause du dérangement.

On ne saurait confondre l'hypertrophie des cartilages du larynx avec les phthisies laryngée ou trachéale. La première surtout se reconnaît par l'aphonie, la douleur du larynx, la fréquence de la toux, la nature de l'expectoration, les progrès de la fièvre hectique, etc.

Le diagnostic de la deuxième est plus obscur. En effet, dans cette phthisie, ainsi que chez le malade dont j'ai tracé l'histoire, on remarque de la douleur sur le trajet de la trachée, une toux peu intense, une expectoration de matières muqueuses, la raucité de la voix sans

aphonie. La mort peut survenir, dans l'un et l'autre cas, sans que la consomption et la cachexie se soient encore montrées. Je pense néanmoins que dans la phthisie trachéale la dyspnée est moins forte, la douleur de la trachée plus vive, l'inspiration moins laborieuse, moins sifflante, et l'expectoration plus copieuse.

Bayle a décrit, sous le nom d'angine laryngée œdémateuse, une maladie qui, par la gêne et le sifflement qu'elle produit dans l'inspiration, la liberté qu'elle laisse à l'expiration, l'altération qu'elle imprime à la voix, l'absence de la fièvre, l'imminence continuelle de la suffocation, semblerait se rapprocher, sous le rapport seméiologique, du cas que j'ai observé. Mais cet œdème est aigu, sa marche est rapide; la douleur du larynx est très-prononcée; le doigt introduit jusqu'à la glotte reconnaît la tumeur molle, l'espèce de bourrelet qui la surmonte et l'obstrue.

La membrane muqueuse du larynx peut s'épaissir lentement et finir par oblitérer le canal aérien. Cette maladie est rare. Je n'en connais qu'un seul exemple, rapporté par Henri Jackson, et consigné dans les *Médical commentaries* (1). La plus grande analogie existe, sous le rapport de leurs symptômes et de leurs effets, entre cette affection et l'hypertrophie concentrique du cartilage cricoïde. On ne pourra les distinguer par des caractères bien prononcés que lorsque des faits assez nombreux, auront permis de les étudier d'une manière plus approfondie. (*Journal de médecine de Bordeaux, décembre* 1829.)

IV. *Empoisonnement par les cantharides en poudre, suivi du détachement et de l'expulsion de la membrane muqueuse de l'œsophage;* par M. Rouquayrol.

Le 8 juin 1826, je fus appelé pour donner mes soins au nommé Nelze, cordonnier, âgé de quarante-six ans. *Je suis perdu,* me dit-il, *je vomis les entrailles,... voyez;... je ne sais ce que j'ai.* En même temps il se plaignait d'un feu ardent à la bouche, au gosier, à l'estomac, de douleurs aux reins, à la vessie, avec envies d'uriner sans pouvoir les satisfaire; et il comprimait fortement l'abdomen avec ses deux mains. Bouche tout excoriée, ptyalisme, nausées. J'examinai la nature des matières vomies, et j'y reconnus des parties de membrane muqueuse et quelques fragmens de cantharides; langue tremblotante avec des

(1) Tome VI, pag. 208, 1779.

mouvemens convulsifs très-marqués, priapisme; pouls concentré, fréquent.

Trois heures s'étaient déjà écoulées depuis l'ingestion des cantharides (sans pouvoir en connaître la dose), et le malade, dévoré par le feu, avait avalé coup sur coup quatre ou cinq verres d'eau; il me dit qu'une demi-heure avant son empoisonnement il avait mangé du pain et des ognons.

Voyant qu'il vomissait encore des matières de cette nature, je crus avoir deux indications à remplir : constater 1° la cause, 2° l'effet de cette même cause.

Pendant qu'on avait été prendre une vingtaine de grains d'ipécacuanha, j'administrai une demi-livre d'huile d'olive, que le malade avala avec peine et avec répugnance; l'ipécacuanha suivit de près, et les vomissemens ne tardèrent pas à survenir. Je remarquai que la dose du poison devait être forte, parce que j'en voyais beaucoup dans les matières vomies. — Peu de temps après Nelze fut forcé d'avaler encore de l'huile d'olive et à haute dose (il en prit au moins deux livres); une demi-heure après, deux onces d'huile de ricin. Le malade fut abondamment à la selle, et les matières fécales contenaient beaucoup de cantharides... Encore de l'huile d'olive, encore de l'huile de ricin; même résultat.

Le soir, mouvemens convulsifs des membres thoraciques et pelviens, priapisme continuel, urines rouges et sanguinolentes, chaleur fébrile de l'abdomen; pouls fréquent, concentré; soubresauts des tendons.

On donne encore de l'huile d'olive et par haut et par bas. — Les douleurs au gosier, à l'estomac, aux reins, à la vessie, persistent —Dix sangsues au cou, vingt à l'épigastre, autant au périnée.—Après leur chute, je fis plonger le malade dans un bain, où il resta trois quarts d'heure.

Le lendemain (9 juin), les urines étaient encore sanguinolentes, les paupières fermées; le malade s'agitait et voulait sortir de son lit; on l'y retint; le pouls était moins concentré; mais il avait la même fréquence; douleur à la région de la vessie. Trente sangsues y furent appliquées; tisane de lin, lavemens émolliens répétés, bains. — Le soir, les urines étaient moins sanguinolentes; plus d'envie de vomir, un peu plus de calme. Ce même soir, vers les onze heures, vomissemens qui entraînèrent en entier la membrane muqueuse de l'œsophage. Ce tuyau cylindrique se détacha avec beaucoup de douleur, et il fut accompagné d'une certaine quantité de sang. Il était déchiré en lambeaux à ses deux extrémités, et sa partie moyenne était intacte sur

une longueur d'un pouce et demi. La surface externe laissait apercevoir des vaisseaux capillaires sanguins dans une direction longitudinale, ainsi que des plis ou rides dans le même sens. La surface interne offrait encore des particules de cantharides.

Le 10, le pouls était meilleur, les urines moins sanguinolentes, les douleurs moindres. Même prescription; plus de sangsues, lait coupé avec une décoction d'orge; mais la déglutition est on ne peut plus pénible, et ne s'exécute qu'en plusieurs temps.

Malgré l'assurance du malade, je doutais encore de sa guérison, à cause de la lésion de l'œsophage qui n'avait plus sa membrane muqueuse. Quelqu'un pourrait croire que c'était une pseudo-membrane produite par l'exsudation, la vésication; mais y aurait-il eu toutes ces ramifications vasculaires remplies d'un sang très-rouge? On voyait, entre autres, un rameau d'un assez gros calibre pour que j'aie pu en faire sortir du sang en le piquant avec la pointe d'une lancette. Cette membrane me parut être bien organisée, et je n'ai aucun doute sur sa nature. — La langue était tremblotante, rouge sur certains points; le ptyalisme persistait; même douleur, lors de la déglutition; urines plus naturelles, plus de priapisme, plus de douleur en urinant. — Lait, bouillon, gargarismes au miel rosat, bains, lavemens émolliens, hilarité; le malade veut se lever.

Le 12, point de fièvre, chaleur à la bouche, suintement des cryptes muqueux d'un liquide si gluant que le malade avait de la peine à le détacher de la bouche, quoiqu'il touchât le sol : c'étaient des filamens d'une longueur de plus d'un mètre. — Urines copieuses, claires, hilarité. Mêmes moyens que la veille.

Le 18, douleur à l'œsophage provoquant la toux; cuissons dans le rectum; un peu de diarrhée. — Bains, lavemens, cataplasmes, riz, lait coupé avec la tisane de gomme.

Le 22, langue moins rouge, moins tremblotante, salivation moindre. Le malade peut avaler des alimens solides, qu'il ne cessait de demander, et il n'éprouve pas plus de douleur qu'en prenant des liquides. — Les ulcérations de la bouche n'existaient déjà plus, ce qui me fit penser qu'il devait en être de même dans l'œsophage.

Depuis lors j'ai visité cet homme de loin en loin, et toutes ses fonctions se font à merveille.

(*Annales de la médecine physiologique*, octobre 1829.)

V. *De la langue, considérée sous le rapport du diagnostic;* par M. le docteur Piorry.

Voici les résultats auxquels l'auteur de cet article croit être arrivé. I. Lorsque le pouls est fort, fréquent, plein, développé, que les conjonctives, les joues, les lèvres, le pharynx, et les gencives sont rouges, la langue participe à cette coloration, ou la présente à un degré plus intense, différence qu'explique facilement son organisation. — A la suite de larges évacuations de sang et des maladies chroniques, tous les tissus pâlissent, et la langue avec eux. — Chez plusieurs malades atteints de gastrite aiguë, bien avérée, d'entérite ou de dysenterie, avec peu de réaction fébrile, la langue est plus ou moins pâle. — Dans les fièvres traumatiques, dans la pneumonie aiguë, sans symptômes gastriques, la langue est généralement vermeille et quelquefois très-rouge. Elle pâlit après les saignées, bien que l'estomac et le foie viennent à être affectés consécutivement. — Cette coloration de la langue n'existe souvent qu'à ses bords, le milieu est alors recouvert par un enduit dont les qualités sont variables; mais qu'on enlève cet enduit, et toute la surface de l'organe sera d'une couleur uniforme. — La pointe ne rougit souvent que par l'effort que fait le malade pour tirer la langue de la bouche; que les muscles de cet organe viennent à se relâcher, et la rougeur disparaît immédiatement.

II. Le dessèchement de la surface linguale ne paraît reconnaître d'autre cause que l'évaporation du liquide qui devrait l'humecter, et qui est probablement toujours sécrété en quantité suffisante pour cet usage. Toute cause qui oblige à respirer par la bouche tend donc à dessécher la langue. Dans le coryza, dans toutes les maladies où des mucosités endurcies bouchent les fosses nasales, la surface linguale est très-sèche. Tout ce qui activera le courant d'air dans le conduit buccal causera la sécheresse de la langue. L'accélération de la respiration détermine donc principalement ce phénomène. La langue est ordinairement très-sèche dans la pneumonie à un haut degré, surtout lorsqu'elle est accompagnée de coryza. Il en est ainsi dans la pleurésie. La fièvre, accompagnée de fréquentes contractions du cœur, et par suite de mouvemens fréquens de la respiration, la souffrance du foie, de l'estomac, du péritoine, gênant l'abaissement du diaphragme, et précipitant la respiration, doivent avoir le même effet.

III. Des observations répétées, et des expériences sur la salive et le mucus traités par la chaleur, ont convaincu M. Piorry que la cause

principale de la formation des enduits variés dont la langue et les dents peuvent se montrer recouvertes, n'est autre que la dessiccation à des degrés divers des fluides qui les lubrifient. Il ajoute à cette cause, comme contribuant à déterminer telle ou telle coloration de ces enduits, la nature de la salive et du mucus buccal, qui correspond à celle du sang, et conserve quelques-uns des élémens qui se rencontrent dans ce liquide. Ainsi, dans les maladies du foie, tous les tissus solides sont colorés en jaune; quelques fluides, tels que l'urine et la sueur, sont dans le même cas : il est probable qu'alors la salive et le mucus contiennent une petite proportion de cette matière colorante qui, accumulée sur la langue, lui donne la teinte qu'elle présente dans ce cas. Du reste, l'abstinence suffit pour amener, en très-peu de temps, la formation des enduits dont il est ici question, et l'usage des alimens les fait disparaître en moins de temps encore.

(*Journ. hebdomadaire de Méd.*, nº 60.)

VI. *Traitement de l'épilepsie*, par le docteur Borie.

Ce traitement, qui paraît compter un assez grand nombre de succès, consiste en ce qui suit :

Moyens préparatoires. 1° Une saignée de pied de deux onces.

2° Quatre jours après, un grain d'émétique en lavage.

3° Quatre jours après l'émétique, une once d'huile de ricin dans une tasse de bouillon aux herbes.

4° Quatre jours après l'huile de ricin, une pilule de quatre grains de mercure doux, et par-dessus une tasse d'infusion de feuilles de fougère mâle.

Traitement. — 1° Le matin à jeun, vingt gouttes d'eau distillée de feuilles de laurier-cerise dans un verre d'eau sucrée; augmenter chaque jour d'une goutte pour arriver jusqu'à soixante, et s'en tenir là.

2° Le soir en se couchant, deux gros de feuilles d'armoise en poudre, dans une tasse d'infusion de tilleul (1).

3° Tous les quinze jours un *moxa* sur la colonne épinière, en commençant par la région cervicale. Six moxas doivent suffire.

4° Porter habituellement un *bracelet aimanté*, au bras gauche, et le serrer fortement à l'approche de l'accès.

---

(1) C'est sur cette partie de la méthode de traitement que son auteur compte le plus; il paraît qu'en Suède l'armoise est considérée comme un spécifique contre l'épilepsie.

5° Frictionner vivement les extrémités inférieures avec l'éther deux fois par jour.

Régime. — 1° Porter habituellement de la flanelle sur la peau, prendre des bains de rivière ou de mer, en y entrant par la tête.

2° Prendre de l'exercice en plein air, en évitant l'insolation sur la tête.

3° Eviter les émotions vives, les emportemens de colère, les occupations sérieuses, les tensions de l'esprit, les lectures obscènes, la fréquentation des spectacles, les contrariétés, les habitudes exténuantes, comme l'onanisme, les plaisirs vénériens, etc.

4° Ne manger que des légumes herbacés et ne boire que de l'eau.

(*Lancette française*, janvier 1830, n° 88.)

VII. *Moyen pour reconnaître la présence de l'arsenic dans un très-court espace de temps*; par M. Orfila.

Lorsqu'il s'agira de reconnaître de très-petites quantités d'arsenic métallique pulvérisé, ou adhérent aux parois des tubes dans lesquels il a été volatilisé, au lieu de commencer par le mettre sur des charbons ardens pour sentir l'odeur alliacée, on le fera bouillir pendant deux heures avec une petite quantité d'eau distillée ; la liqueur renfermera, au bout de ce temps, assez d'acide arsénieux pour jaunir, et même pour précipiter en jaune par l'action combinée des acides hydrosulfurique et hydrochlorique. En outre, l'hydrure d'arsenic formé, qui restera mêlé avec une portion d'arsenic métallique non attaqué, mis sur des charbons ardens, se vaporisera, et dégagera l'odeur alliacée. En suivant cette marche, on aura évidemment deux caractères, au lieu d'un, pour reconnaître ce métal : M. Orfila a pu constater ces caractères en n'agissant que sur 1/50 de grain d'arsenic.

(*Journal de chimie médicale*. Janvier, 1830.)

VIII. *Observations d'asphyxie par la vapeur du charbon, et réflexions sur le mode d'action de l'air froid généralement conseillé pour combattre cet accident*; par le docteur Ballot.

Dans les premiers jours de janvier dernier, vers quatre heures de l'après-midi, je fus appelé pour donner mes soins à un jeune homme qui venait de se fracturer la cuisse et la jambe droites. Je trouvai le malade couché dans une chambre dépourvue de cheminée et à demi transi par le froid, qui était extrêmement vif. Ne pouvant pas sup-

pléer par un autre moyen à l'impossibilité de faire du feu dans cette chambre, je demandai qu'on y apportât une chaudière remplie de braises ardentes, que j'avais remarquées au foyer d'un appartement voisin. Tout entier aux préparatifs de mon opération, je ne m'aperçus pas qu'on remplaça la chaudière par un vaste pot de fleurs en terre, troué à son extrémité inférieure, et disposé de manière à ce que l'air pût circuler à traver la braise enflammée et en entretenir la combustion. Après plus de deux heures passées à une opération pénible, et dont l'absence d'aides intelligens avait beaucoup augmenté la longueur et les difficultés, je sentis des battemens de cœur assez forts et un mal de tête caractérisé par le resserrement des tempes. Attribuant ces accidens à la position fatiguante que j'avais long-temps gardée, le corps demi fléchi sur un lit bas et mal disposé, je ne m'en occupai pas autrement, et ne me retirai que lorsque j'eus fait tout disposer autour du malade pour assurer le succès de mon opération. En traversant les corridors, je ne remarquai aucun changement dans mon état; mais étant arrivé dans une cour vaste et bien aérée, et voulant satisfaire au besoin d'uriner, le léger effort musculaire nécessaire dans cette circonstance fut comme le signal de palpitations d'une violence extrême : au même instant un vertige ténébreux obscurcit ma vue; le battement des tempes et le sifflement des oreilles étaient insupportables; mes jambes fléchirent sous moi, de manière que, si je n'eusse trouvé immédiatement un point d'appui, je serais tombé sur le sol; mes idées se troublèrent, et je n'éprouvai plus qu'une horrible anxiété résultant du besoin instinctif de marcher devant moi, comme pour aller à la recherche d'un air différent de celui que je respirais et qui me semblait d'un poids énorme, tandis que, par l'inertie de mes forces musculaires, je me sentais irrévocablement lié sur la pierre qui me servait de siége.

J'essaierais inutilement d'exprimer les angoisses de cette position, dans laquelle toutes mes puissances exspiratoires luttaient avec une violence accablante pour chasser de ma poitrine l'air impur qui la remplissait : les sensations si pénibles que fait quelquefois éprouver le cauchemar n'en peuvent donner qu'une faible idée. Je me souviens encore que, plutôt par instinct que par réflexion, je faisais de vains efforts pour décrocher un épais manteau qui m'enveloppait, lorsque quelqu'un vint à mon secours en me débarrassant des vêtemens dont la constriction augmentait mon extrême anxiété. Alors je ne tardai pas à sentir ma poitrine se dilater graduellement; les battemens du cœur cessèrent d'être tumultueux, et bientôt un frisson intense avec

claquement de dents annonça le retour prochain et régulier des fonctions. Un violent mal de tête, que je gardai toute la soirée, fut le dernier symptôme de cet état, dont la durée n'excéda pas en tout cinq à six minutes, et qui fut pourtant tellement pénible que je ne conçois rien de plus affreux. J'ai quelquefois éprouvé des lipothymies; mais le malaise qu'on ressent alors, et durant lequel tout semble s'éteindre à la fois autour de nous, ne saurait être comparé avec celui qui résulte d'une lutte prolongée entre la vie et la mort, lutte d'autant plus cruelle qu'en laissant la faculté de la sentir, elle ôte la possibilité de s'y soustraire.

Maintenant, je vais rendre sommairement compte de ce qui se passa chez les autres personnes qui furent, comme moi, soumises à l'action délétère de la vapeur du charbon.

J'avais pour aides, outre le père du blessé, deux hommes de peine employés habituellement dans la maison, et une quatrième personne d'une santé délicate, qui, après être restée une heure au plus avec nous, nous quitta dès que je pus me passer de son assistance, et fut immédiatement respirer le grand air. Celle-ci ressentit pour toute incommodité un assez violent mal de tête, qui ne fut complètement dissipé que le lendemain. Des trois autres assistans, qui tous jouissaient d'une santé robuste, le père du malade ne quitta que beaucoup plus tard que nous la chambre de ce dernier, restée ouverte après mon départ, et ne s'exposa au grand air qu'après avoir passé quelques heures dans la maison; il en fut également quitte pour une céphalalgie médiocre et un léger mal de cœur; tandis que les hommes de peine qui, presque immédiatement après mon départ, furent reprendre leurs travaux à l'air libre, éprouvèrent l'un et l'autre des vertiges, des tintemens d'oreille, et de plus, l'un des vomissemens, et l'autre un état très-analogue à celui que j'avais ressenti, quoique à un moindre degré, et qu'il désigna sous le nom d'évanouissement. Forcés alors de rentrer à la maison, ils furent toute la soirée et toute la nuit tourmentés d'un violent mal de tête. Enfin, et cette circonstance n'est pas la moins digne d'intérêt, le blessé, jeune homme de quinze à seize ans, d'une constitution vigoureuse, et qui, couché horizontalement sur un lit peu élevé, dut être, par cette raison, en contact presque continuel avec la partie viciée de l'air, et aurait dû en ressentir plus vivement les effets, n'éprouva, pour tout accident, qu'un mal de tête peu considérable et quelques battemens de cœur, qui ne tardèrent même pas à se dissiper, lorsque la braise, presque entièrement consumée, eut été enlevée, et que, la porte de la chambre étant

restée ouverte, l'air que renfermait celle-ci eut été graduellement remplacé par celui qui circulait dans les corridors.

La conséquence immédiate des faits précédens n'est-elle pas que l'introduction soudaine et brusque d'un air très-vif et très-pur dans les voies respiratoires, lorsque celles-ci sont en partie remplies par un gaz délétère, développe rapidement les phénomènes de l'asphyxie; tandis qu'une transition plus lente et plus ménagée dans le passage d'un air vicié à un autre plus pur, met à l'abri de ces accidens?

D'ailleurs, en considérant sa marche habituelle, ne voyons-nous pas que la nature repousse toute transition brusque dans les modificateurs de l'économie, tout grand changement, lorsqu'il est subit? L'imprudent qui expose tout à coup à l'action d'un brasier ardent une partie vivante, actuellement engourdie par le froid, y éprouve bientôt une douleur aiguë à laquelle, trop souvent, le gangrène ne tarde pas à succéder; et, pour prendre un exemple plus analogue à ce qui se passe dans l'asphyxie, ne sait-on pas que, de plusieurs ivrognes renfermés dans un lieu fortement chauffé, et dont l'air a été vicié, soit par la nature du combustible, soit par la respiration simultanée d'un grand nombre d'individus, ceux qui s'exposent subitement à un air vif et pur tombent promptement dans le dernier degré de l'ivresse, et souvent même dans une sorte d'asphyxie; tandis que, à excès égaux, ceux qui restent dans l'appartement conservent en grande partie leurs facultés intellectuelles, et n'ont trouvé dans le vin qu'un surcroît de bonne humeur? Mais, sans recourir aux analogies, tous les faits d'asphyxie commençante recueillis par les observateurs déposent de l'état extrême de malaise qu'occasione la respiration brusque d'un airf ortement chargé d'oxygène, lorsque les poumons sont actuellement en contact avec une certaine quantité de gaz oxide de carbone.

M'appuyant sur mon expérience personnelle, j'ai cherché à démontrer l'action nuisible de l'inspiration du fluide atmosphérique dans un grand état de pureté, lors de l'apparition des premiers symptômes de l'asphyxie par la vapeur du charbon. Maintenant une nouvelle question se présente naturellement : serait-il possible d'étendre les mêmes considérations aux cas d'asphyxie complète? Je ne le pense pas : en effet les circonstances ne sont plus ici les mêmes. Durant le premier degré de l'asphyxie, il existe dans les fonctions un trouble plus ou moins grand, mais qui diminuera avec la cause qui l'a produit, et qui bientôt cessera complètement avec elle, si l'on soustrait à l'action de cette dernière l'individu qui y est soumis : dans l'asphyxie complète, au contraire, vous aurez beau faire disparaître la

cause asphyxiante, si vous ne cherchez pas à rappeler la vie par une stimulation énergique, une mort réelle ne tardera pas à remplacer celle qui n'était encore qu'apparente.

Mais lorsqu'on est parvenu à réveiller les mouvemens de la respiration, doit-on continuer d'exposer l'asphyxié à l'action d'un air vif et pénétrant? En raisonnant par analogie, je ne serais pas disposé à le conseiller. Nous avons vu précédemment quelles violentes secousses imprimait à l'économie tout entière le brusque changement du fluide avec lequel les poumons sont en contact : sera-t-il donc prudent de laisser le malade exposé aux suites funestes qui peuvent résulter de cet ébranlement, dans un moment où la vie tient à si peu de chose? Pour moi, il me semble plus rationnel, lorsqu'on ne peut plus douter du réveil des fonctions organiques, d'activer avec mesure l'action des poumons par l'inspiration d'un air graduellement plus pur, que de leur imprimer tout à coup une violente stimulation.

Je terminerai ces réflexions par l'observation suivante :

Un ouvrier chargé du soin de surveiller une étuve fortement chauffée y fut trouvé dans un état qui le faisait considérer comme mort. Je m'approchai rapidement, et je vis en effet un homme de vingt à vingt-cinq ans, complètement asphyxié : chaleur considérable de la surface du corps, résolution des membres, face bouffie et légèrement violette, yeux ouverts et fixes, pupilles dilatées, absence complète de tous les phénomènes appréciables de la respiration et de la circulation; tel était l'état de ce jeune homme, qu'on avait déjà transporté dans un atelier voisin dont la température était peu élevée au-dessus de celle de l'air extérieur. Remarquant que, après avoir passé au plus un quart d'heure à faire des frictions et des aspersions avec l'eau vinaigrée froide sur la surface du corps, le malade donnait des signes non équivoques de retour à la vie, pensant qu'il serait infiniment mieux chez lui pour le reste des soins qu'il avait à recevoir, et ne mettant pas en doute, d'après les idées généralement reçues sur l'action du froid en pareil cas, que le court trajet à parcourir pour le transporter à sa demeure ne pourrait que concourir à son rétablissement, j'engageai ses camarades à se procurer un fauteuil, et à le conduire immédiatement chez lui, où je l'accompagnai. J'avoue que je ne fus pas peu surpris lorsque, en arrivant, au lieu de l'amélioration que j'avais espérée de l'action d'un air très-vif et d'un doux balancement du corps, le tronc restant dans la position verticale, je m'aperçus que tout symptôme d'existence avait de nouveau disparu. En vain j'abaissai la température d'une chambre déjà très-froide, en faisant

ouvrir la croisée devant laquelle le malade, presque complètement nu, était maintenu assis et la tête élevée par deux de ses camarades; j'employai plus de trois heures en stimulations de toute espèce avant qu'il fût rendu à la vie : frictions sèches et acidulées, chatouillement de la plante des pieds, des hypochondres et de l'intérieur du nez, tentatives d'inspiration de liqueurs stimulantes, insufflation d'air dans la bouche, lavement irritant, phlébotomie, je tentai tout en vain ; et ce ne fut qu'après ce long temps d'épreuves que l'ouverture de la veine, commençant à donner du sang, annonça le retour d'une existence dont les premiers instans se passèrent en mouvemens convulsifs violens.

(*Archives générales de médecine.* Décembre 1829.)

IX. *Mort subite survenue en walsant.*

La mort qui survient brusquement dans les maladies est un événement qui étonne; la mort qui frappe, au milieu des apparences de la santé la plus parfaite, un individu jeune et plein de force, n'étonne plus seulement, elle inspire un véritable effroi. Quelle cause a tout à coup suspendu le jeu régulier des organes ? Quelle lésion si profonde a pu les atteindre en un instant ? L'art n'a-t-il donc plus de ressources pour ranimer ce principe de la vie qui s'éteint ? N'est-il pas des moyens de retenir ce dernier souffle, qui peut-être ne s'est point encore exhalé? L'examen anatomique pourra seul éclairer ces diverses questions. Trop souvent encore, il est vrai, cet examen est loin de donner des explications complètes; trop souvent même il reste absolument muet. Dans le cas suivant, les raisons organiques de la mort sont faciles à saisir ; de plus, les lésions observées peuvent fournir d'importantes inductions.

Dimanche 13 de ce mois (décembre), M. G***, étudiant en droit, se trouvait dans un bal public, et walsait avec ardeur depuis quelque temps ; tout à coup il tombe privé de sentiment et de mouvement. Des soins variés lui sont administrés, une saignée est pratiquée : mais c'est en vain ; il était mort.

Les renseignemens pris sur son compte, ont appris que sa santé était excellente, et qu'il venait de faire un repas copieux.

Ouverture du cadavre (mardi 15), trente-six heures environ après la mort.

Extérieur. — Cadavre d'un homme de dix-huit ans à vingt ans;

rigidité très-marquée. Système musculaire développé. Apparence générale d'une constitution vigoureuse.

Les tégumens, surtout aux membres inférieurs, sont fortement congestionnés ; leur teinte est celle d'une scarlatine à son plus haut degré. Sur la poitrine et aux membres supérieurs, cette rougeur des tégumens est seulement par plaques, et disséminée en larges sugillations. Il ne s'écoule de sang d'aucune des ouvertures naturelles ; l'expression de la face est peu altérée.

Crâne. — Les vaisseaux des membranes du cerveau sont gorgés de sang qui ruisselle sous le scalpel. La substance cérébrale est sablée dans toute l'étendue des hémisphères. Les ventricules contiennent la valeur de deux cuillerées d'une sérosité légèrement fauve. Les branches d'origine des veines de Galien qui vont traverser la toile choroïdienne, ont un volume double au moins du volume ordinaire.

Le cervelet, la protubérance annulaire, le bulbe rachidien sont, comme le cerveau, piquetés de sang, mais non autrement altérés.

Nulle part on ne trouve de congestion spéciale, ni d'épanchement circonscrit.

Beaucoup de sang s'écoule du canal vertébral. La moelle n'a point été examinée.

Poitrine. — Les parois enlevées, les poumons ne s'affaissent point ; ils sont partout libres d'adhérences ; leur couleur est généralement livide. Lorsqu'on les comprime, ils ne crépitent pas, et donnent la sensation d'une masse de coton qu'on malaxerait entre les doigts. Leur incision fournit un sang noir et visqueux qui s'écoule en abondance. Le parenchyme en est totalement pénétré, de la base au sommet.

Le péricarde contient un peu de sérosité citrine. Le cœur, très-volumineux, est surtout développé en avant et à droite. Les veines caves qui s'y rendent sont distendues et rénitentes.

Les cavités de ce côté sont remplies de sang en partie liquide, en partie coagulé. Les cavités gauches sont *exactement* vides, ainsi que le tronc aortique.

La cavité des plèvres ne renferme qu'une très-petite quantité d'un liquide séro-sanguinolent, qui semble provenir des vaisseaux des parois divisés par le scalpel.

Abdomen. Les intestins sont distendus par des gaz ; ils sont d'un noir foncé ; mais on reconnaît aisément que cette coloration est due à l'engorgement des divisions veineuses les plus ténues.

L'estomac est plein d'alimens, dont la masse déjà homogène exhale une odeur alcoolique assez forte. Il est dificile d'apprécier la couleur

de la muqueuse; elle a d'ailleurs sa consistance normale. Le reste du tube digestif n'offre rien de particulier.

Le foie et la rate sont engoués de sang.

(*Lancette française*, décembre 1829, n° 80.)

X. *Empoisonnement par l'huile empyreumatique*; par le docteur Duret.

Une femme de la campagne, veuve, âgée d'environ trente ans, veut s'empoisonner, et cherche à se procurer de l'arsenic, qui lui est refusé; à défaut de cette substance, elle exécute son projet dans la nuit du 3 au 4 septembre 1828 au moyen d'huile empyreumatique du commerce, conservée chez elle depuis long-temps pour les maladies cutanées du bétail, et en avale 1 once 6 gros, quantité qu'il a été possible de connaître au juste en calculant ce qui manquait dans la fiole jusqu'au niveau d'une ligne circulaire brune, indice du contenu de cette fiole avant l'empoisonnement.

Personne n'a été témoin des accidens qui ont succédé à l'ingestion de cette huile, mais il ont cependant été facilement appréciables par les traces qu'ils ont laissés : il y a eu des vomissemens multipliés, dont la couleur brune et l'odeur on fait reconnaître la matière; la malade a bu sans doute une grande quantité d'eau; enfin, vaincue par l'atrocité des douleurs, elle a terminé cette scène de souffrances en se jetant dans un puits, où elle a été trouvée le lendemain matin. Le cadavre, à la sortie du puits, exhalait l'odeur fétide de l'huile, dont quelques parties s'écoulaient de la bouche par la position déclive du corps.

A l'ouverture du corps, mes recherches, particulièrement dirigées sur les organes digestifs, m'ont fait constater les lésions suivantes : Les lèvres sont pâles, ainsi que la membrane palatine et la face supérieure de la langue, qui est racornie, dure, mince sur les bords, qui sont comme frangés et ondulés; les papilles sont prononcées, saillantes; le voile du palais, le pharynx et l'œsophage offrent la même couleur et le même racornissement. L'estomac est plein de liquide; sa surface externe est rosée, parcourue de nombreuses veines distendues par un sang noir; dans beaucoup de points les parois des veines n'ont pu résister à cette distension, et leur rupture a donné lieu à de petits épanchemens sanguins circonscrits qui donnent à l'estomac un aspect marbré de taches noires sur un fond rose. Les liquides contenus sont recueillis dans un vase; ce n'est que de l'eau, des débris d'alimens, une quantité notable d'huile empyreumatique et du sang provenant

de la rupture de quelques vaisseaux. La membrane muqueuse est d'un rouge vif pointillé ; elle est épaissie : les rides sont très-prononcées ; on n'y remarque nulles traces d'érosion, mais seulement une surface déprimée, lisse, ovale, moins rouge, large d'environ six lignes, et qui paraît être la cicatrice d'une ancienne ulcération. Les intestins grêles sont également enflammés, mais à un moindre degré que l'estomac. Les autres lésions observées dans le cerveau, les poumons, le cœur et les gros vaisseaux se rattachent à l'asphyxie par submersion, et deviennent étrangères au but de cette note.

D'après les désordres reconnus dans les organes digestifs, l'huile empyreumatique a agi comme poison âcre et irritant. Aurait-elle agi comme poison corrosif? La chose est possible, mais un autre genre de mort ne lui a pas laissé le temps de développer tous ses effets ; elle n'a produit par son passage rapide dans les premières voies que le racornissement, et son séjour dans l'estomac a amené une forte congestion sanguine et une vive inflammation, qui serait allée toujours croissant et aurait promptement amené la mort.

Les exemples d'empoisonnement par l'huile empyreumatique sont tellement rares qu'il n'en est pas question dans la *Toxicologie* de M. le professeur Orfila; et en effet un poison aussi fétide ne sera jamais l'arme cachée du crime. La seule observation analogue, un empoisonnement par l'huile animale de Dippel, consigné dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, t. 21, p. 605, est le résultat d'une méprise, comme celui-ci l'est d'une ferme volonté qui n'avait pas d'autres moyens d'exécution. J'ai donc cru devoir en conserver le souvenir, d'autant plus que, dans sa manière d'agir, l'huile empyreumatique brune du commerce paraît grandement différer de l'huile animale de Dippel, qui n'est que le même produit suffisamment rectifié.

Dans le cas dont je rappelle le souvenir, et qui a été observé par le professeur Chaussier, une cuillerée à bouche fut prise, et le malade *périt à l'instant* : l'ouverture du corps ne laissa découvrir *aucune sorte de lésion*.

Je suis loin de suspecter l'exactitude d'une observation due au savant professeur que la France vient de perdre ; mais, comme dans le cas que je rapporte la mort est loin d'être survenue à l'instant, et surtout sans lésions cadavériques, bien que le poison ait été ingéré à dose au moins quadruple, il est donc force d'admettre dans l'huile de Dippel une action léthifère incomparablement plus rapide et plus puissante que celle de la simple huile empyreumatique, action stupéfiante du système nerveux, dont elle épuise subitement l'excitabilité, cau-

sant la mort par la brusque suspension des fonctions cérébrales, avant que le poison ait eu le temps de produire sur les organes avec lesquels il a été mis en contact les altérations de tissu qui devaient résulter de ses qualités âcres. Cette action de l'huile de Dippel serait à peu près semblable à celle de l'huile empyreumatique de tabac, qui, selon les expériences de MM. Brodie et Macarney, tue en quelques minutes les animaux sur la langue desquels on l'applique à la dose de deux ou trois gouttes. (*Journal universel.* Novembre 1829.)

XI. *Étranglement interne double; gangrène et déchirure de l'iléon dans l'intervalle; péritonite générale.*

Les étranglemens internes sont des maladies qui, bien qu'au dessus des ressources de l'art, offrent un haut degré d'intérêt, particulièrement sous le rapport de la médecine légale. En effet, on les voit survenir tout à coup, au milieu de la plus parfaits santé; le malade expire dans des tourmens affreux, vomissant jusqu'à extinction, et offrant ainsi tout l'ensemble des phénomènes qu'on observe dans la plupart des empoisonnemens. Quoique la science possède déjà plusieurs exemples de ce genre, il importe d'en augmenter le nombre, parce que de leur étude comparative et de leur rapprochement pourront résulter des conséquences plus rigoureuses ou des aperçus nouveaux. Voici l'histoire de notre malade.

Antoine Bernard, âgé de 57 ans, cordonnier, grand, maigre, brun, d'une assez bonne santé, affirme qu'il se portait parfaitement bien le mercredi 6 janvier, lorsqu'il fut pris tout à coup, le soir de ce même jour, de coliques violentes bientôt accompagnées de nausées, de vomissemens et d'évacuations alvines très-abondantes. Il pensa que c'était une indigestion, et se contenta de prendre quelques boissons chaudes calmantes. Les vomissemens augmentèrent pendant la nuit, continuèrent sans interruption le lendemain et les jours suivans, sans qu'il leur opposât autre chose que le repos, la diète et les tisanes simples. Il vint à l'Hôtel-Dieu le 9 dans l'après-midi.

La figure était grippée; la peau froide, terreuse; le pouls filiforme, très-fréquent; le ventre excessivement douloureux; le poids des couvertures était presque insupportable; il y avait un peu de ballonnement; il n'y avait pas eu de selle depuis le premier jour de la maladie. Les vomissemens se répétaient à chaque instant, et se composaient de mucosités mêlées de matières évidemment fécales, ce qui formait une bouillie jaune très-fétide. Aussitôt que le malade voulait apaiser la

soif qui le dévorait, les nausées et les vomissemens reparaissaient. On se contenta de couvrir le ventre de fomentations émollientes, de réchauffer les extrémités, et de donner quelques cuillerées de sirop diacode; on donna aussi plusieurs lavemens avec du laudanum, mais ils ne purent être conservés.

Le lendemain, dans la soirée, la chaleur se répandit sur tout le corps, et le malade se sentit mieux; cependant le visage exprimait une angoisse profonde; le nez effilé et le front tiré en haut se couvraient d'une sueur visqueuse; des hoquets continuaient sans interruption, et reproduisaient les nausées avec un sentiment de défaillance qui faisait dire au malade que son mal était incurable. On continua les moyens adoucissans ci-dessus mentionnés, mais sans en obtenir le moindre soulagement. Le malade s'affaiblit graduellement; il n'a bientôt plus la force de vomir, et cependant l'on voit toujours aux mouvemens brusques du diaphragme et à ceux du pharynx que les envies de vomir existent toujours. La mort arrive le 13 à quatre heures du matin.

Le trouble survenu tout à coup et sans cause connue dans l'exercice des fonctions de l'appareil digestif ne pouvait être attribué qu'à deux circonstances également graves : l'introduction d'un agent chimique doué des propriétés les plus irritantes, ou bien un obstacle mécanique au cours des matières fécales. La première de ces causes n'était pas supposable, puisque le malade ne disait rien qui pût mettre sur la voie, et que nul symptôme spécial ne la faisait reconnaître; toutes les probabilités se réunissaient donc en faveur de la seconde, et ce fut en effet le diagnostic que l'on porta. Restait à expliquer comment cet accident avait pu survenir, et la nécropsie devait nous l'apprendre. Elle fut faite le 14, à neuf heures du matin.

Le cadavre est roide, maigre, brun; l'abdomen, quoique déprimé, est encore un peu sonore à la percussion. La bouche est pleine de matières jaunes semblables à celles qui étaient vomies pendant la vie. La tête et le thorax n'ont offert aucune altération notable.

La paroi antérieure de l'abdomen s'enleva difficilement, en raison des nombreuses adhérences contractées avec les anses intestinales. Plusieurs foyers d'un pus jaune et blanc se rencontraient au centre de ces adhérences, et offraient des escarrhes de la séreuse pariétale. La cavité pelvienne était remplie d'une matière noire parfaitement semblable à de l'encre un peu épaisse. En partant de l'estomac on fit les remarques suivantes. Ce viscère est d'un petit volume; sa muqueuse est d'un brun ardoisé par plaques; les nombreuses rides qui se trou-

vent dans la portion pylorique sont rouges à leur sommet. Le duodénum et la première moitié de l'intestin grêle sont remplis de bouillie jaune pareille à celle que le malade vomissait; la quantité augmente à mesure que l'on descend vers la valvule. Il est à remarquer qu'il s'y trouve aussi des gaz, qui expliquent la légère tympanite que nous avons notée. A quatre pieds de la valvule iléo-cœcale, l'intestin, jusque là de plus en plus volumineux, se trouve interrompu tout à coup par une bride d'apparence fibreuse qui l'entoure complètement, et le retient fixé vers la fin de la base du mésentère. Cette bride n'a pas plus de quinze à dix-huit lignes de longueur sur une ou deux de largeur; elle simule un cordon nerveux, tant à raison de sa résistance que par son aspect nacré. Elle passe d'un point du mésentère à un autre très-voisin, et c'est sous l'arcade qu'elle forme ainsi que passe l'intestin étranglé. Un peu plus loin le même intestin est pincé par une autre bride à peu près semblable; les trois quarts de son calibre sont compris par la ligature, et interrompent presque complètement le cours des matières fécales. L'espace qui sépare ces deux étranglemens est de dix pouces environ. En partant du premier, le calibre de l'intestin est extrêmement resserré, et sa muqueuse est d'un noir livide. Après avoir parcouru un intervalle de quatre à cinq pouces, on trouve une large déchirure irrégulière, frangée, à bords noirs et fétides, ressemblant très-bien à un bourbillon celluleux. Le mesentère correspondant est en grande partie compris dans cette escarrhe et flotte dans la cavité du petit bassin, au milieu du liquide noir dont nous avons parlé. La portion d'intestin qui fait suite à celle-ci se rend au pincement décrit plus haut, et complète la longueur de dix pouces qui se trouve entre les deux étranglemens. Le gros intestin est resserré et collé dans toute sa longueur le long des flancs; il contient une petite quantité de matières moulées et sèches. Les autres viscères sont en bon état.

Toute la masse intestinale offrait une teinte noire très-foncée. Les replis du péritoine adhéraient partout entre eux, et contenaient dans leurs intervalles de petits abcès dont nous avons déjà parlé. Cette membrane offrait un degré de friabilité et d'amincissement vraiment extraordinaire; la plus légère traction suffisait pour la déchirer; et il a fallu des précautions infinies pour s'y reconnaître au milieu d'une masse de parties aussi profondément altérées. Le liquide remplissant le bassin contenait des fragmens de membranes gangrénées dont il était impossible de déterminer la structure. On n'a pas pu savoir si la couleur noire dépendait seulement de la décomposition des matières

contenues dans l'intestin ou du mélange de ces matières avec le sang qu'auraient pu fournir les vaisseaux divisés par le travail inflammatoire. L'odeur de toutes ces parties était d'une fétidité repoussante, et teignait les doigts en brun foncé, qui n'a disparu que par suite de lotions nombreuses.

Cette observation prouve jusqu'à quel point il est important de rechercher les causes de la mort, même lorsqu'il ne doit résulter de cet examen aucun avantage pour les malades qui se trouveraient dans des cas analogues. Certes, on ne tentera plus d'ouvrir l'abdomen pour détruire la cause mécanique de l'étranglement, comme cela a été fait par un médecin du 17e siècle; l'instruction moderne ne comporte pas autant de dangereuse présomption. Mais on apprendra à distinguer ces maladies spontanées des empoisonnemens que le vulgaire voit partout, dès que quelques symptômes insolites et une mort prompte viennent enlever le malade. Il n'y a pas long-temps que mademoiselle H., de l'Opéra, succomba dans des circonstances absolument analogues, et sa mort donna lieu à des soupçons que la nécropsie vint détruire. Mais les premières recherches n'avaient pas suffi, et il fallut que MM. Orfila et Rostan y apportassent toute leur attention pour mettre en évidence un fait qui avait échappé aux premiers médecins commis à ce soin. On trouva, comme chez notre malade, une bride mésentérique qui étranglait l'iléon, et avait seule causé tous les accidens attribués au poison. Nous pourrions en citer plusieurs autres exemples non moins concluans, et qui viendraient corroborer les conséquences fournies par ceux que nous avons signalés. Ils suffiront pour prouver la nécessité de tout voir, de tout examiner, parce que les faits portent toujours avec eux un degré d'utilité que le temps et les circonstances peuvent seuls démontrer. (*Lancette française*, janvier 1830, n° 95.)

XII. *Rapport des travaux du Conseil de salubrité du département de la Seine pour l'année* 1828.

Épidémie. Une maladie épidémique s'est manifestée l'année dernière, et a particulièrement sévi parmi les soldats de plusieurs casernes et la classe ouvrière de le ville de Paris. Cette maladie, caractérisée par le gonflement inflammatoire de la plante des pieds, particulièrement de la partie qui correspond au talon et qui couvre le métatarse, accompagnée ordinairement, tantôt d'embarras gastrique, et plus souvent d'une irritation plus ou moins vive des voies digestives, a eu, en général, une marche chronique, et s'est quelquefois montrée rebelle aux traitemens les plus variés. Les recherches que le conseil a faites pour

reconnaître la cause de cette épidémie, qui, du reste, s'est aussi manifestée dans d'autres départemens, ont été, pour ainsi dire, infructueuses; il n'a pu la rapporter qu'à des causes générales, dépendantes de la constitution atmosphérique; mais il a eu quelque raison de croire que des dortoirs bas de plafond et simples en profondeur, où l'air, promptement altéré, ne peut que très-difficilement se renouveler, avaient dû beaucoup contribuer au développement de la maladie dans les casernes, et que des dispositions locales analogues avaient dû agir de la même manière sur la classe du peuple qui en a été plus spécialement affectée, puisque c'est parmi les personnes qui habitaient des appartemens bas de plafond, peu spacieux et situés dans des rues étroites, qu'on l'a surtout observée.

Tableau de mortalité. Le tableau de mortalité, comme celui de l'année dernière, présente, après la classification des décès suivant la cause qui les a produits, un relevé exact de la mortalité par arrondissemens et par quartiers, pour le nombre total des décès qui ont eu lieu tant dans la ville que dans les divers hôpitaux et hospices situés dans son enceinte. Comme on l'a fait l'année dernière, et comme on le fera par la suite, pour avoir des données plus exactes relativement à l'influence que les causes locales peuvent exercer sur la mortalité, on a écarté du tableau tous les décès d'individus qui, arrivés malades à Paris ou ne l'habitant que depuis quelques jours, n'ont pas pu subir l'influence de ces causes.

Au relevé, par quartiers, des décès produits par la phthisie pulmonaire, commencé l'année dernière, on a joint celui des décès occasionés par le catarrhe pulmonaire; et ce premier relevé, comme l'avait pressenti le conseil, semble déjà indiquer que les mêmes causes tendent à produire ces deux maladies à deux époques différentes de la vie; car les quartiers où le nombre des décès par la phthisie est le plus considérable, présentent aussi le plus de morts par le catarrhe pulmonaire.

Le nombre total des décès a été pour l'année 1828 de 24,299; en 1827, il a été de 23,241, ce qui donne un excédant pour 1828 de 1,058. Dans ce nombre total se trouvent 11,230 décès du sexe masculin, et 12,859 du sexe féminin.

Dans le classement des maladies suivant l'ordre dans lequel elles ont été causes plus fréquentes de décès, nous retrouvons toujours la phthisie pulmonaire en première ligne. Cette maladie a fait périr 1,133 hommes et 1,526 femmes; les époques de la vie où cette maladie a fait le plus de victimes sont les mêmes qui ont déjà été signalées, c'est-

à-dire de quinze à quarante-cinq ans chez les femmes, et de vingt à trente-cinq chez les hommes. Le catarrhe pulmonaire chronique, que nous assimilons à la phthisie, a moissonné 688 hommes et 851 femmes; et c'est de l'âge de cinquante ans à celui de quatre-vingt-dix qu'il a plus particulièrement exercé sa funeste influence. La gastrite a causé 922 décès du sexe masculin et 1,124 du sexe féminin ; l'entérite 1,108 du sexe masculin et 1,122 du sexe féminin. Ces deux maladies ont surtout été fatales dans les premières années de la vie. La péritonite a moissonné 141 individus du sexe masculin et 407 du sexe féminin. C'est dans la première année de la vie et de l'âge de quinze ans et au-dessus qu'elle a fait ses victimes chez les hommes, et de l'âge de quinze ans à celui de quarante-cinq chez les femmes. L'inflammation du cerveau et celle de ses membranes a fait périr 254 hommes et 206 femmes ; le plus grand nombre des décès a eu lieu dans les trois premiers mois de la vie et depuis l'âge de quinze ans jusqu'à celui de soixante-dix. 1,042 individus du sexe masculin et 1,169 du sexe féminin ont succombé à l'inflammation des poumons, de l'âge de quinze ans et au dessus, et surtout aussi dans les trois premiers mois de la naissance et dans les trois premières années. L'apoplexie a produit 477 décès du sexe masculin et 430 du sexe féminin. Le squirrhe, le cancer et les ulcères chancreux ont causé la mort de 174 hommes et de 541 femmes; ces maladies ont particulièrement sévi de l'âge de trente ans et au dessus. L'anévrysme du cœur a fait périr 223 hommes et 286 femmes de l'âge de vingt ans et au dessus.

Les fièvres, comme cause de mortalité, se présentent dans l'ordre suivant : La fièvre cérébrale a enlevé 339 individus du sexe masculin et 340 du sexe féminin ; et c'est de l'âge de six mois à celui de six ans qu'elle a fait le plus de victimes; la fièvre dite maligne (ataxique) 97 hommes et 95 femmes ; la fièvre dite bilieuse 65 hommes et 54 femmes; c'est en général d'une manière à peu près égale, depuis l'âge de quinze et au dessus, que ces fièvres ont sévi.

Parmi les maladies qui affectent plus particulièrement l'enfance, on trouve que les convulsions ont fait périr 889 garçons et 852 filles, le plus grand nombre dans les trois premiers mois de la vie et de un an à quatre ans; la dentition 154 garçons et 161 filles; la rougeole 120 garçons et 202 filles ; la petite vérole 85 garçons et 35 filles ; la coqueluche 78 garçons et 82 filles; le croup 77 garçons et 75 filles. Les enfans mort-nés ou venus avant terme sont au nombre de 682 garçons et 564 filles; et ceux qui ont succombé par faiblesse de naissance, dans les trois premiers mois de la vie, s'élèvent à celui de 215 garçons et 298

En examinant ce relevé des principales causes de la mortalité, nous voyons que la phthisie, le catarrhe pulmonaire, l'entérite, la gastrite et l'inflammation des poumons se montrent au premier rang, et ont produit près des quatre cinquièmes des décès. La phthisie et le catarrhe pulmonaire ont encore, comme les années précédentes, fait plus de victimes parmi les femmes et à peu près dans la même proportion ; les affections cancéreuses et la péritonite donnent lieu aux mêmes observations : elles ont aussi fait périr beaucoup plus de femmes que d'hommes.

Chez les enfans, les convulsions et la rougeole sont les deux maladies qui ont produit le plus de décès. La petite vérole a fait périr un nombre de garçons plus que double de celui des filles. Cette différence vient sans doute de ce que les parens, craignant moins pour la beauté de leurs garçons, négligent davantage de les faire vacciner; néanmoins nous remarquerons avec plaisir que depuis plusieurs années le nombre des morts occasionées par cette affreuse maladie a beaucoup diminué; ce qui nous porte à croire que, d'une part, l'administration met tous ses soins à propager la vaccine, et, de l'autre, que les préventions répandues contre cet heureux préservatif commencent à céder devant l'évidence des faits multiplés qui attestent chaque jour son efficacité.

Noyés. Les submersions offrent un chiffre total moindre que celui de l'année dernière. On voit par le relevé ci-joint (1) que des secours ont été administrés à un plus grand nombre d'individus qui, étant restés moins de douze heures dans l'eau, pouvaient être regardés

---

(1) Nombre total des individus retirés de l'eau. 364
1° Individus repêchés, et qui n'ont pu être rappelés à la vie. 282
Du sexe masculin. 233
Du sexe féminin. 49
Dans ce nombre se trouvent enfans jusqu'à 16 ans. 27
Repêchés dans Paris. 123
Repêchés hors Paris. 159
Repêchés dans le canal Saint-Martin. 39
Des secours ont été administrés à 25
Dans Paris, à 12
Hors Paris, à 13
2° Individus retirés de l'eau vivans, et rappelés à la vie. 82
Du sexe masculin. 57
Du sexe féminin. 25
Dans ce nombre se trouvent enfans jusqu'à 16 ans. 13
Inconnus. 109
Submergés volontairement. 106
Submergés accidentellement ou par cause inconnue. 176
Restés moins de 12 heures dans l'eau. 39
Restés de 12 à 24 h. dans l'eau. 27
Restés plus de 24 heures dans l'eau. 216

comme susceptibles d'être rappelés à la vie; ces secours ont aussi été fructueux à un plus grand nombre : et, sous ce double rapport, on n'a qu'à se louer des avantages que l'année 1828 présente comparativement à l'année 1827.

On voit encore par ce relevé que là où les secours pouvaient admettre quelques chances de succès, c'est-à-dire que dans les cas où les submergés ont séjourné moins de douze heures dans l'eau, on a sauvé près de deux individus sur trois, si l'on comprend les noyés qui n'ont pas reçu de secours, et plus de deux sur trois, si on les défalque; proportion au moins aussi avantageuse que celle qu'on a obtenue dans les villes les plus renommées pour les établissemens de secours, telles que Londres, Hambourg, Genève, etc. Ce résultat eût été probablement plus favorable encore, s'il existait dans Paris un corps de secouristes organisé et à poste fixe.

On voit en outre que non-seulement les cas de submersion sont bien plus fréquens qu'ils ne l'étaient avant la révolution, mais que le séjour des submergés sous l'eau est beaucoup plus prolongé qu'il ne l'était autrefois, et que, par conséquent, la possibilité de les rappeler à la vie doit diminuer en raison même de cette prolongation de séjour.

Des esprits superficiels, qui ne jugent que les effets et ne cherchent pas à s'enquérir de leurs causes, ont accusé trop légèrement l'administration et notamment la direction des secours de ces résultats fâcheux, sans considérer qu'une grande partie de ces causes n'existait pas autrefois; ainsi, la population de Paris étant presque doublée, les cas de submersion ont dû suivre cette même proportion, d'autant plus que les travaux industriels qui s'exercent sur les bords de l'eau se sont singulièrement accrus, et que l'on a établi des canaux et des bassins qui multiplient les dangers; ainsi les bords presque perpendiculaires de ces canaux, l'encaissement de la rivière par les quais nouvellement construits et l'augmentation de la rapidité de son cours par l'effet de cet encaissement; ainsi les nombreux bateaux qui stationnent aujourd'hui dans les ports de la capitale par suite de l'augmen-

---

Submergés volontairement.	38	Des secours ont été administrés à	63
Submergés accidentellement.	44	Dans Paris, à	47
Repêchés dans Paris.	62	Hors Paris, à	16
Repêchés hors Paris.	20	Individus qui n'ont pas eu besoin de secours.	19
Repêchés dans le canal Saint-Martin.	12		

tation prodigieuse des arrivages (1), et sous lesquels les submergés ne sont que trop souvent entraînés ; enfin les suicides beaucoup plus nombreux qu'autrefois expliquent suffisamment l'augmentation remarquable de cas de submersion d'une part, et d'une autre part des difficultés beaucoup plus grandes de trouver et de retirer à temps les corps des submergés.

Pour contrebalancer autant que possible les effets désastreux de ces causes, il serait nécessaire non-seulement d'établir des bains gratuits, mais encore de multiplier, de perfectionner les moyens de surveillance et de repêchage, comme aussi d'établir, comme il a déjà été dit, des secouristes à poste fixe. Une semblable entreprise exigerait des capitaux que l'administration n'a pu faire jusqu'à présent, mais qui, il faut l'espérer, seront sous peu fournis par une société d'humanité qui est sur le point de se former dans Paris, et dont M. le préfet a accueilli les projets avec l'intérêt qu'ils méritent.

Suicides. Le relevé des suicides, qui s'est fait avec assez de soin pendant une série d'années, n'est plus exécuté depuis deux ans; ce travail, qui nécessitait le dépouillement et la vérification des procès-verbaux envoyés à la préfecture par les commissaires de police ou les maires des communes rurales du département, n'a jamais été d'une grande exactitude, parce que souvent, où l'on s'en occupait, plusieurs procès-verbaux se trouvaient entre les mains de M. le procureur du roi près le tribunal de première instance; et quelquefois même des procès-verbaux, envoyés directement à M. le procureur du roi, arrivaient dans les bureaux de la préfecture plus ou moins long-temps après que le relevé annuel des suicides avait été transmis au conseil.

Cependant, malgré cette inexactitude, nous avons déjà pu reconnaître un coïncidence constante du nombre des suicides avec la nature des saisons ; nous avions pu remarquer aussi une véritable intermittence dans ce nombre d'une année à l'autre. La comparaison du relevé des suicides dans le cours de dix années nous avait encore appris que les femmes savaient mieux supporter les malheurs de la vie que les hommes, puisqu'elles ne formaient guère que le tiers du nombre total des individus qui attentaient à leur existence. L'imperfection des données qui nous ont été fournies ne nous a permis d'arriver à d'autres inductions; néanmoins comme il serait important, soit sous le

(1) Ces arrivages, dans ces dernières années seulement, se sont élevés de 13,000 à 21,000 bateaux par an.

rapport moral, soit sous le rapport médical ou hygiénique, de reconnaître, d'une part, les causes qui portent et celles qui disposent au suicide, et de l'autre, les moyens qu'il y aurait de détruire ces causes ou d'en diminuer au moins l'action, nous croyons qu'il convient de s'occuper de nouveau de cet objet, en dressant à la fois des tables plus exactes et qui contiendraient de plus amples renseignemens : pour faciliter ce travail, pour l'exécuter même, en quelque sorte, sans en faire une spécialité, il suffirait de faire tenir auprès de M. le procureur du roi et à la préfecture un registre d'inscription qui représenterait les colonnes suivantes :

Date du suicide. — Age. — Sexe. — Profession. — Marié ou célibataire. — Cause réelle ou présumée. — Il faudrait aussi une colonne pour distinguer le suicide de la simple tentative du suicide. Quant au moyen dont l'individu s'est servi pour se donner la mort, nous croyons qu'il est à peu près inutile de le connaître, et qu'il est surtout dangereux de le publier par la voie des journaux; nous pensons même que, dans l'intérêt de la morale publique, les journaux devraient complètement s'abstenir d'annoncer un suicide, quel qu'il soit : car nous avons de fortes raisons pour croire que de pareilles publicités ont plus d'une fois déterminé certains individus, déjà mal disposés, à précipiter le terme de leur vie.

(*Annales d'Hygiène publique*. Janvier 1830.)

MEDECINE ETRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ALLEMANDS.

Emploi de la racine de caïnca dans les hydropisies. — Distribution géographique de la fièvre intermittente. — Cancer aquatique guéri par l'arsenic. — Ostéostéatome à l'avant-bras. — Amaurose guérie par l'extraction d'une dent. — Cataractes. — Guérison du triachiasis et du distichiasis par l'ablation du bord des paupières. — Photophobie. — Ozène scrophuleux guéri par les frictions mercurielles. — Grenouillette. — Nouveaux alcaloïdes des quinquinas. — Symptomatologie des hernies du diaphragme.

I. *De radice caincæ, ejusque præsertim in morbis hydropicis virtute.* Auct. A. S. Læwenstein, Med. et Chir. Dr. Berolini, 1828. Apud Logier.

Depuis plusieurs siècles les habitans de l'Amérique méridionale emploient la racine de caïnca contre la morsure des serpens. Elle porte différens noms selon les contrées; ainsi en Minas-Geræs on la désigne sous le nom de *raiz prata* (racine noire); dans d'autres régions on la connaît sous les noms indiens de *cainana*, *caninana*, *cahinca*, cainca; à Sabara on la nomme *Cruzidinha*, à Saint-Paul *Cipo Cruz*. Le nom de *Chiococca* vient de χιών, neige, et de κόκκος, grain, parce que le fruit en est très-blanc. Cette plante a été indiquée comme moyen curatif par Eschwegge, Spix et Martius, et par Langsdorff. Elle croit dans les forêts des Indiens-Coroatos; Langsdorff ne la rencontra que rarement dans l'intérieur du Brésil, dans les endroits humides. Riedel, qui accompagnait Langsdorff, la trouva aussi dans des localités sablonneuses; et Martius la vit dans les forêts primitives du Brésil, près de la principauté de Saint-Jean-Baptiste et dans la partie orientale de la province Minas-Geræs. Le genre *Chiococca* appartient à la pentandrie

monogynie de Linnée, aux cofféacées de Kunth, et aux rubiacées de Jussieu. Les espèces connues sont les *Ch. racemosa* L., *Ch. anguifuga* Mart., et *Ch. densifolia* Mart. Parmi les auteurs il paraît régner peu d'accord relativement à ces différences espèces : car presque tous parlent d'un *Ch. racemosa* Mart. Mais M. de Martius, à qui l'auteur de cette monographie demanda des éclaircissemens à ce sujet, répondit ainsi qu'il suit (1) : « J'ai établi les espèces *anguifuga* et *densifolia* comme étant différentes du *Ch. racemosa* déjà indiqué dans le système de Linnée ; elles diffèrent principalement par l'état de floraison, par la forme des feuilles, et, si je ne me trompe, par la couleur, le dessein et la figure de la couronne. En France, si je me rappelle bien, on a précisément attribué les propriétés de mon *Ch. anguifuga* au *Ch. racemosa* de Linnée, et de là vient l'erreur qui fait que les auteurs parlent maintenant d'un *Ch. racemosa* de Martius. J'ai fait des expériences avec le *Ch. racemosa* de notre jardin ; je l'ai trouvé entièrement fade, et privé de cette odeur pénétrante qu'on reconnaît au *Ch. anguifuga*, en sorte que je ne puis guère douter de la différence de ces deux espèces. »

M. Lœwenstein, qui a eu occasion de les comparer d'après un échantillon de *Ch. racemosa* et une planche des *Ch. anguifuga* (dans le *Specim met. méd. Brasil.*), les a trouvées suffisamment distinctes. La différence des localités même indique déjà qu'elles ne sont point identiques ; car le *Ch. racemosa* L. croît dans la Jamaïque, tandis que le *Ch. anguifuga* Mart. vient au Brésil. A le vérité MM. Humboldt et Bompland trouvèrent le *Ch. racemosa* dans les environs de Caraccas, mais il n'est point probable qu'il s'étende jusqu'au Brésil. Du reste on ne peut point déterminer encore si toutes les espèces du genre *Chiococca* possèdent des propriétés médicales. Voici ce que Patrick Brown rapporte relativement au *Ch. racemosa* L. : « La racine de ce végétal a une saveur amère et âcre, comme la racine de Sénéga, et elle est employée depuis long-temps dans ces colonies comme un fort résolutif et une atténuant. J'ai vu son administration suivie de grands succès dans les rhumatismes opiniâtres. » Mais avant MM. Eschwegge, Spix, Martius et Langsdorff, personne n'a parlé des bons effets de ce médicament dans l'hydropisie, et l'auteur de cette monographie croit

(1) Voy. *Bracides*, *Archiv. des Apotheker-Vereins*, tom. XXVIII, cah. 3, pag. 313, où M. Lœwenstein rend lui-même compte de son ouvrage.

que la racine connue maintenant sous le nom de *caïnca* n'est autre chose que la racine du *Chiococca anguifuga* Mart.

Quant à l'histoire médicale de cet agent, l'auteur rapporte les observations et les opinions de MM. Langsdorff, Martius, Eschwegge, Julius, Gerson, Hufeland, Spitler, Soares de Mairelles, et les siennes propres; et il résulte de la réunion et de la comparaison de toutes ces données, que la racine de caïnca exerce une action stimulante sur le canal digestif; qu'elle augmente le mouvement péristaltique; qu'elle provoque des mouvemens antipéristaltiques, qu'elle occasione des selles nombreuses et souvent aussi des vomissemens; que de plus elle doit être considérée comme ayant des propriétés diurétiques et diaphorétiques puissantes, et qu'en portant son impression sur le système lymphatique, elle augmente la résorption; qu'elle n'agit que faiblement sur l'appareil circulatoire, mais que néanmoins elle augmente souvent le nombre des pulsations; qu'enfin elle agit comme éménagogue, et qu'elle calme le système nerveux sans exercer d'influence sur le *sensorium commune*.

L'analyse chimique suivante de la racine de caïnca a été communiquée à l'auteur par M. Heyland; elle a été faite sous la conduite de M. Pfaff.

200 grains contiennent :

Matière extractive avec acide benzoïque, douée d'une odeur aromatique nauséabonde, et insoluble dans l'eau froide . .	24
Résine brune foncée, communiquant à l'hydrochlorate de fer une couleur brune sale	4
Résine jaune soluble dans l'acide sulfurique étendu et chaud, insoluble dans l'acide sulfurique froid, donnant à l'hydrochlorate de fer une couleur verte-bleuâtre.	3
Matière extractive avec de l'acide benzoïque cristallisable, plus soluble dans l'eau froide.	2
Matière particulière jaune-brunâtre, visqueuse, incristallisable, d'abord douceâtre, ensuite d'une saveur astringente nauséeuse, ayant une réaction acide.	36
Matière balsamique, aromatique, d'une saveur amère et acide, colorant en vert l'hydrochlorate de fer	6
Matière extractive amère, faiblement astringente	19
Résine d'une odeur et d'une saveur de vanille, amidon, phosphate et oxalate de chaux	1

M. Heyland a trouvé en outre qu'en faisant bouiller 200 grains de la racine avec 10 onces d'eau et 80 grains d'acide hydrochlorique, on

obtenait un décoctum d'une saveur amère et désagréable, à la vérité, mais qui n'avait plus l'âcreté ni la saveur nauséeuse de la racine elle-même.

D'après une analyse, faite par M. de Santen, les principes constitutifs de la racine de caïnca seraient : de l'émétine, du caoutchouc, de l'acide gallique, de la fécule et un peu de cire.

II. *De la distribution géographique de la fièvre intermittente et de ses causes;* par le docteur SCHNURRER (brochure in-8. Eisenach, 1829.), avec une carte d'Europe, de la partie occidentale de l'Asie et de la partie septentrionale de l'Afrique, sur laquelle se trouvent indiquées les maladies endémiques.

La fièvre intermittente, dit l'auteur, n'est pas confinée aux bords de la mer, aux environs de l'embouchure des grandes rivières, aux contrées où il se dépose du terrain d'alluvion ; ce n'est pas seulement dans les vallées fertiles, où les rivières ont peu de chute, comme dans les Pays-Bas, dans le midi de la Hongrie, en Lombardie, dans toute l'étendue depuis Ostia ou Velletri jusqu'à Terracina, que cette maladie règne endémiquement : on l'observe encore dans les endroits secs, où la végétation est très-peu active, dans le voisinage des bruyères arides, comme à Corea en Estramadure ; dans les plaines élevées de la Castille, où la température est sujette à des changemens brusques ; dans les environs secs et arides de Volterra, dans la *Campagna di Roma*, dont les coteaux stériles n'offrent aux regards que quelques arbres conifères ; elle règne à Cypre, où le manque d'eau douce constitue si souvent une calamité publique, à Georgiewsk dans le voisinage des bruyères ; et dans les plaines arides d'Ispahan. Dans la plupart de ces localités, la fièvre est accompagnée d'une tuméfaction du bas-ventre, en tout analogue à celle qui reconnaît pour cause les miasmes marécageux. Les autres parties du monde ont, comme l'Europe, des contrées dans lesquelles la fièvre intermittente constitue une maladie endémique ; mais ces contrées, loin d'être basses et humides, sont élevées et n'offrent point de débris végétaux en décomposition ; ainsi, dans l'Arabie-Heureuse, on s'expose à contracter la fièvre à périodes, quand des plaines basses de Tehama on gagne les hauteurs ; ainsi les habitans de Cocam (non loin de Punah, dans les Indes orientales) gagnent la fièvre, aussi bien que les Européens, en passant les monts Gauts. A Ceylan la fièvre ne se montre nullement le long

de la côte, mais dans les parties intérieures et plus élevées de l'île. Là, et dans les Indes orientales, surtout sur la côte de Malabar, on attribue la maladie, qu'on appelle *fièvre des montagnes*, à des émanations minérales et métalliques, et, pour en être guéri, on va respirer l'air humide des bords de la mer. Tous les districts à diamans, principalement ceux de Sumbhulpore, sont inhabitables, même pour les indigènes, pendant trois mois de l'année. Dans d'autres endroits on accuse les émanations de certains arbres, de certaines forêts; en Arracan, par exemple, on attribue la maladie aux forêts de Theca (gattilier). Au haut du Yumna et du Gange, en avant de la ville de Nahn, qui est à trois mille pieds au-dessus du niveau de la mer, on regarde l'eau comme l'unique cause des engorgemens de la rate qui surviennent si fréquemment dans ces contrées. En général, dans les Indes, on a été amené par l'expérience à se faire sur l'origine de la fièvre intermittente des idées tout opposées à celles que nous professons en Europe. Quand un corps d'armée était campé sur un point élevé, bien exposé à l'air, la maladie se manifestait; tandis qu'elle disparaissait, lorsqu'on permit aux troupes de camper dans des lieux bas, qui venaient d'être inondés; c'est ce que B. Hunter a observé à Oujein. Cependant des cas semblables sont aussi arrivés en Europe; en Sicile, par exemple, on rapporte que la moitié des endroits exposés à la fièvre intermittente n'ont pas un situation basse, mais élevée. Même en Angleterre, ce n'est pas sur la côte sablonneuse de Weymouth ni près de l'étang de Saint-Blasey que l'air est le plus nuisible.

Quand on considère maintenant que les localités insalubres sont quelquefois étroitement limitées, il est impossible de chercher les causes de la fièvre dans une altération particulière de l'atmosphère, dans laquelle tout tend à se diviser uniformément; il faut au contraire chercher ces causes dans une conformation particulière du terrain. Ainsi, dans plusieurs villes d'Italie, notamment à Rome, il est des maisons et des places où la fièvre se manifeste constamment, tandis que non loin de là, et dans de maisons tout-à-fait semblables, on n'en est jamais affecté. Souvent ces maisons ne ne sont séparées que par un petit jardin ou par la rue; une maison peut même être inhabitable pour long-temps, et les maisons voisines, à peu de pieds de distance, ne présenter aucun inconvénient; une telle maison peut, après un laps de temps plus ou moins long, redevenir habitable, sans qu'on sache ni pourquoi ni comment. Des troupes anglaises ayant un jour pris leurs quartiers à Faro, village de Sicile, tous les soldats logés d'un côté de la route furent pris de la fièvre, tandis que ceux de l'autre côté en

furent exempts. Une chose d'ailleurs très-connue, c'est la circonstance de la route entre Chatam et Brigton, en Angleterre ; toutes les maisons qui bordent le nord de cette route sont sujettes à la fièvre, tandis que rien de semblable n'a lieu pour les habitations de l'autre côté. Par une culture bien active, par une industrie zélée, l'homme parvient à rendre la salubrité à des terrains inhabitables auparavant. L'Italie et l'Angleterre nous en fournissent encore le preuves les plus convainquantes, quoique dans un sens opposé. En Italie, qu'on jette ses regards sur Pestum, sur Ostia, sur la Campagne de Rome et sur Rome, et l'on verra qu'une population, déjà bien réduite, continue incessamment à succomber dans une proportion terrible aux effets délétères d'un sol ennemi. A Rome les quartiers les plus propres deviennent plus déserts d'une année à l'autre ; tandis que le quartier des juifs, le plus malpropre, mais en même temps le plus peuplé, n'a jamais souffert de la *malaria*. Tout le contraire se passe en Angleterre ; il est de notoriété publique que les fièvres intermittentes ont diminué d'une manière frappante et presque incroyable dans le Lincolnshire, les comtés d'Essex et de Kent, et dans les autres contrées maréca-geuses, depuis que l'agriculture a fait tant de progrès dans les trois royaumes. Il en est de même de la Hollande, et surtout de la partie septentrionale de ce pays ; l'augmentation de la population autorise à dire que l'extrême propreté, l'observation scrupuleuse de toutes les règles hygiéniques, et l'agriculture florissante ont annihilé les effets funestes du sol. C'est dans la seconde moitié du dernier siècle que Dœveren a surtout accordé des éloges au site et aux dispositions sanitaires de Groningue, à l'absence des marais, à la culture de son sol, aux soins qu'on avait de procurer une eau salubre à la ville, etc. Mais que peuvent les efforts de l'homme contre la force irrésistible de la nature ? Tous ces avantages, qu'on se glorifiait d'avoir remportés sur le sol, furent détruits par le débordement de la mer, suivi de deux étés très-chauds ; non-seulement la Hollande vit naître dans son sein l'épidémie de 1826, mais l'Angleterre aussi a vu paraître sur ses côtes orientales des fièvres en si grand nombre qu'on n'en avait vu de semblables depuis les temps de Sydenham. Partout où les fièvres régnaient autrefois, partout où les localités faisaient supposer qu'elles avaient régné, la nouvelle épidémie parut aussi ; dans les districts si mal réputés de Lincolnshire, de Norfolk, de Suffolk, de Kent, d'Essex, de Sussex, de Hampshire, il y eut à peine une maison dans laquelle une ou plusieurs personnes n'aient été atteintes de la fièvre, et n'y aient en partie succombé ; car la mortalité était considérable dans

beaucoup d'endroits. Dans la commune de Marston, en Lincolnshire, sur trois cents personnes il en mourut vingt-cinq; dans certaines localités la mortalité fut d'un sur seize, d'un sur treize, et même dans la proportion d'un à neuf. Dans l'hôpital de Woolwich, où il fallait souvent cinq à six ans pour voir un seul fiévreux, il y en eut alors trois cents. — Ici, dit l'auteur, on ne peut pas admettre que des végétaux en putréfaction ou qu'un air marécageux aient produit la maladie, mais il faut songer à une action spéciale du sol; et si l'on regarde comme inconstestable l'influence de l'atmosphère sur l'organisme humain, il faut regarder comme tout aussi certaines, tout aussi puissantes, les influences telluriques sur notre économie. Le mode de production du choléra ajoute d'ailleurs un nouveau degré de vraisemblance à cette manière de voir.

Telles sont à peu près les idées et les argumens que M. Schnurrer a exposés dans son mémoire, dont le but principal est d'établir, comme on voit, que la nature, et certaines qualités particulières (encore inconnues) du sol sont les véritables causes de la fièvre intermittente.

III. *Cancer aquatique guéri par l'arsenic.*

Un jeune homme, âgé de dix-huit ans, fut amené à la consultation du docteur L. Vogel, professeur de clinique de la faculté de Casan, ayant un aspect hideux : sa lèvre supérieure, la gencive de la mâchoire correspondante et une partie de la cloison du nez étaient rongées par un cancer aquatique, à tel point que les dents étaient absolument à nu.

L'infortuné jeune homme exhalait une odeur cadavéreuse, et il lui était impossible de proférer une parole distincte; tout l'ulcère était couvert d'une sanie tenace, mêlée de sang noir; il sortait du nez une mucosité épaisse comme de la gelée. Le reste du visage était pâle, bouffi, les yeux languissans, les glandes sous-maxillaires gonflées, les bords du carcinome d'un rouge vif, les dents blanches comme l'ivoire; le pouls était faible et vite, l'appétit médiocre; sommeil agité, inquiet; maigreur, et prostration des forces.

Le malade fut admis à la clinique du professeur Vogel, qui, considérant la nature scorbutique du mal, résolut de le combattre par l'emploi de l'arsenic, sous la forme suivante : ℞ acide arsénieux, deux gros; aloës, myrrhe, de chacun un gros; faites dissoudre dans une livre de vin blanc. On fit tous les jours des applications avec de la charpie trempée dans cette mixture. Le lendemain de la première ap-

plication, qui n'avait pas déterminé de fortes douleurs, la fétidité cancéreuse avait déjà notablement diminué. Le troisième jour on remarqua, avec surprise, que l'ulcère ne présentait plus de caractères carcinomateux; on voyait déjà des bourgeons charnus de bonne nature vers la région malaire. Après huit jours de traitement l'ulcère fut entièrement guéri; on suspendit alors l'usage de l'arsenic, qui fût remplacé par une mixture d'eau de Goulard, d'aloës, de myrrrhe et d'extrait d'opium.

Uu semblable cancer aquatique, ayant son siége à la lèvre inférieure, a été guéri par M. le docteur Berndt, professeur de la clinique de la faculté de Greisswalde, au moyen d'application de chlorure de calcium solide, réduit en pâte avec de l'eau.

(*Græfe, Journal der Chirurgie*, etc., vol. XII, cah. 4.)

IV. *Ostéostéatome à l'avant-bras sans connexion aucune avec les os.*

Un jeune Russe, âgé de 25 ans, d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin, avait, dès son jeune âge, à la face interne de l'avant-bras, non loin du carpe, une petite grosseur dure, absolument indolente, qui plus tard augmenta tellement de volume que le jeune homme entra à la clinique externe de la faculté de Wilna, le 13 janvier 1828. A cette époque, la tumeur, située immédiatement sous la peau de l'avant-bras, avait le volume d'un gros œuf d'oie; elle était bosselée, mobile, et offrait la consistance d'un os. Cette tumeur était habituellement indolente; quelquefois cependant il se manifestait, dans sa profondeur, des douleurs fort incommodes; elle n'était nullement en rapport avec les os du membre, mais elle était appliquée tout simplement sur les muscles fléchisseurs des doigts. Cette tumeur ayant été extirpée par le professeur Galenzowski, se montra tapissée d'une membrane semblable au périoste; son intérieur était composé de cellules osseuses, qui étaient remplies d'une substance graisseuse. (*Ibid.*)

V. *Amaurose complète d'un œil guérie par l'extraction d'une dent malade.*

F. Przesmycki, propriétaire dans la Russie-Blanche, âgé d'environ trente-deux ans, avait été toujours bien portant, sauf quelques accès de céphalalgie rhumatismale et de douleurs dans les articulations, lorsque, dans l'automne de 1825, il fut pris un soir de douleurs pongitives dans la mâchoire supérieure du côté gauche, qui s'étendaient

jusqu'à l'œil. Ces douleurs violentes, que le malade attribua à un refroidissement, durèrent plusieurs jours, puis se dissipèrent, mais revinrent périodiquement. Quelque temps après, elles devinrent de nouveau continues et très-fortes, et de plus l'œil malade perdit entièrement la faculté de voir. Tous les traitemens suivis par le malade avaient échoué, lorsqu'après huit mois, la joue gauche s'étant légèrement tuméfiée, il lui sortit, pendant la nuit, plusieurs cuillerées de pus sanguinolent, entre la conjonctive et les paupières de l'œil gauche. En même temps la douleur, considérablement diminuée, se porta vers les tempes; mais la cécité persista. Nouvelle excrétion de pus au bout de trois semaines, qui se renouvela de temps à autre pendant l'espace de six mois. Le malade vint à Wilna consulter le professeur Galenzowki, qui, après avoir étudié tous les signes de la maladie, pensa que le pus s'était formé dans le sinus maxillaire, d'où il s'était frayé une issue le long de la partie orbitaire de l'os maxillaire supérieur. Mais sachant d'un autre côté que les suppurations du maxillaire supérieur dépendent très-souvent de la carie des dents, le praticien de Wilna examina la bouche du malade, et trouva en effet une dent gâtée sur un point correspondant à l'antre d'Highmore. La dent fut arrachée, afin de donner une issue plus naturelle au pus accumulé dans le sinus maxillaire; mais quel fut l'étonnement de l'opérateur, lorsque, examinant la dent cariée, il vit fixée dans sa racine creuse une écharpe de bois, longue de trois lignes et grosse comme une tête d'épingle! Une sonde introduite par l'alvéole pénétra jusque dans le sinus, et donna issue à quelques gouttes de pus tenu. Enfin, chose étonnante, au bout de neuf jours la vision fut entièrement rétablie, après avoir été abolie pendant près de dix-huit mois. (*Ibid.*, vol. XIII, cah. 1.)

VI. *Cataractes.*

M. le professeur Græfe, dans le compte rendu de la clinique chirurgicale et ophthalmiatrique de la faculté de Berlin, nous apprend qu'il s'y est présenté dans le cours de l'année 1828, soixante-douze cataractes sur quarante-cinq individus. Il y avait dans ce nombre plusieurs espèces de cataractes rares, tels que le *cataracta trabecularis*, *stellata*, *dendritica arida*, *siliquata*, *lactea*, *caseosa*, *centralis* (1). L'opération ne fut pratiquée que sur quarante-cinq de ces yeux

(1) *Voyez* la description exacte de toutes ces espèces de cataractes

malades. Quatorze furent opérés, soit par la dépression, soit par la réclinaison; dix-huit par la broiement; et treize par l'extraction, dont deux par incision faite dans le segment inférieur de la cornée, et onze par l'incision du segment supérieur. De ces quarante-cinq opérations, quarante-trois réussirent parfaitement; un seul des individus opérés sur les deux yeux perdit l'un d'eux par suite d'une inflammation arthritique; chez un autre, également opéré sur les deux yeux, l'opacité de la cornée survenue d'un côté n'est pas encore guérie.

Depuis 1826, l'extraction de la cataracte par une incision pratiquée dans le segment supérieur de la cornée a été exécutée une trentaine de fois, avec le plus grand succès; et l'on s'est convaincu de plus en plus de la supériorité de ce procédé sur l'extraction par en bas. (*Ibid.*)

VII. *Guérison du trichiasis et du distichiasis par l'ablation du bord des paupières.*

Cette opération fut entreprise avec succès chez deux individus sur les deux yeux. Le frottement des cils sur le globe oculaire avait tellement irrité cette partie que les malades ne voyaient plus que des lueurs. Des pannus vasculeux, fort étendus, recouvraient la cornée, et de petits ulcères, profonds, mais pas encore pénétrans, s'étaient formés sur plusieurs points. Les douleurs cessèrent presque immédiatement après l'opération, et les désorganisations panneuses diminuèrent au bout de quelques jours. L'instillation de la teinture d'opium finit par enlever l'opacité de la cornée. Après deux mois de traitement, les malades sortirent de l'hôpital parfaitement guéris; leur vue était aussi bonne qu'avant la maladie; les paupières n'offraient pas la moindre difformité, s'ouvraient et se fermaient librement; elles étaient privées seulement de leur ornement naturel, les cils.

Le procédé de M. Græfe, qui est bien plus simple, moins douloureux et plus sûr que l'ancien, se trouve d'écrit dans le troisième volume de son journal. (*Ibid.*)

VIII. *Photophobie.*

Un malade, à la suite d'une ophthalmie rhumatismale, était affecté depuis dix-huit mois d'une sensibilité extrême des yeux, qui avait résisté jusqu'alors à toutes les médications. M. Græfe le soumit au

---

dans le Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par le docteur Weller.

traitement ci-après : frictions deux fois par jour, faites au voisinage des yeux avec du calomel et de l'opium délayés avec de la salive; à l'intérieur un grain de belladone, matin et soir, et un séton à la nuque. Au bout de trois semaines la photophobie était entièrement dissipée. (*Ibid.*)

IX. *Ozène scrofuleux guéri par les frictions mercurielles.*

Les frictions murcurielles, d'après la méthode de Louvrier, furent employées avec beaucoup de succès, à la clinique chirurgicale de la faculté de Berlin, chez plusieurs individus affectés d'ozène scrofuleux, excessivement fétide, qui avait résisté pendant des années à une foule de remèdes tant internes qu'externes. (*Ibid.*)

X. *Grenouillette.*

Le procédé de M. Dupuytren, la ponction, l'incision, l'excision du sommet de la tumeur et l'emploi du fer rouge sont également insuffisans, dit M. Græfe, pour guérir radicalement cette maladie. Le chirurgien de Berlin rejette également l'excision totale de la tumeur, lorsque celle-ci est tant soit peu grande, à cause des hémorrhagies violentes et difficiles à arrêter auxquelles cette opération donne lieu. M. Græfe prétend avoir toujours guéri cette affection par le procédé suivant. La tête du malade étant fixée et sa bouche largement ouverte, l'opérateur enfonce par le sommet de la tumeur, qui doit être tendue, un crochet en forme d'alène, au moyen duquel il la tire fortement en haut, puis, à l'aide de petits ciseaux courbes sur le plat, il incise le kyste, non par le milieu, mais par la circonférence, et en enlève rapidement toute la paroi supérieure, avec la portion de la muqueuse buccale qui la recouvre. L'excision de la paroi supérieure, saillante, doit toujours comprendre la moitié, au moins, de la tumeur. Il est important d'opérer très-vite, afin de pouvoir enlever la moitié du kyste avant l'évacuation entière de son contenu, parce que après cette évacuation il s'affaisse sur lui-même et qu'alors il est difficile d'opérer l'excision dans les limites prescrites. L'hémorrhagie consécutive est ordinairement peu considérable; pour l'arrêter il suffit que le malade se rince la bouche avec de l'eau froide. On n'introduit pas de charpie dans le reste du kyste; on se contente de le toucher deux fois par jour avec de l'acide hydrochlorique concentré, qui est le meilleur moyen pour nettoyer promptement l'ulcère. (*Ibid.*)

XI. *Nouveaux alcaloïdes des quinquinas, découverts par le docteur* Fr. Sertuerner, *à Hammeln.*

Dans aucune de mes recherches sur les causes des maladies, je n'ai rencontré autant d'obstacles que dans certaines espèces de fièvres; et comme je n'ai que rarement trouvé l'occasion de traiter des fièvres d'origine sporadique, je n'ai pas été à même d'étendre mes observations comme je l'aurais désiré; mais une fièvre intermittente, qui pendant l'année 1828 parut dans les environs de Hammeln sous la forme d'une épidémie, m'offrit occasion d'étudier cette maladie. Je me servis de la quinine; j'en ordonnai de 6 à 8 grains avec des acides, mais sans parvenir à empêcher les récidives; de sorte que son emploi me parut toujours très-incertain. Je craignais qu'elle ne pût point remplacer toutes les qualités du quinquina. Souvent je me vis forcé d'avoir recours à cette écorce, laquelle, employée en doses considérables, ne me laissa plus observer qu'un petit nombre de récidives. Ce sont ces expériences, faites au lit des malades, qui me firent supposer que les quinquinas, notamment le quinquina rouge et le quinquina jaune (royal), laissaient encore à l'analyse chimique quelque découverte intéressante à faire : et me voilà assez heureux pour avoir résolu cette question énigmatique, si importante et si difficile !

Les précipités formés par les alcalis dans les extraits étendus et acidifiés des écorces de quinquina renferment encore, outre les alcaloïdes connus jusqu'à présent, d'autres substances alcaloïdiques, dont il n'a pas encore été fait mention, et rappellent ainsi la composition de l'opium, qui contient, outre la morphine, une substance assez analogue, la narcotine, que je me plais à appeler morphioïdine. Ces nouveaux alcaloïdes, notamment la chinoïdine, se trouvent dans le précipité alcalin liés *très-intimement* à une substance résineuse acidule, qui exerce sur l'économie animale une influence, sinon désavantageuse, du moins peu salutaire. Ce ne fut qu'avec le charbon végéto-animal de l'acide krokonique, mêlé à du charbon purement animal, que je parvins à débarrasser la chinoïdine de cette résine acidule; c'est avec lui qu'on décolore la soi-disant résine des eaux-mères, d'où l'on sépare par la voie de cristallisation le sulfate de quinine (c'est-à-dire la dissolution de la substance alcaloïdique crue dans de l'acide sulfurique étendu de trois à quatre parties d'eau), après avoir fait précéder cette opération par un traitement alcoolique de cette même

solution, qui possède la consistance d'un sirop, pour en séparer les matières terreuses.

Les alcaloïdes se trouvent dans les deux espèces de quinquina citées plus haut sous une forme peut-être différente à côté de la quinine et de la chinchonine. Le nom quinine étant déjà établi, je la nomme chinoïdine, quoiqu'elle représente dans les écorces de quinquina une espèce de famille, dont les substances alcaloïdiques déjà connues font partie.

Caractères de la chinoïdine. Cette substance se rapproche, sous le rapport de son indissolubilité (ou de son peu de dissolubilité) dans l'eau, et ensuite sous celui de sa couleur ainsi que de sa saveur, des autres alcaloïdes des quinquinas ; mais elle en diffère par sa grande capacité pour les acides, et surpasse dans cette circonstance les autres alcaloïdes. De même son action alcaline sur les différentes couleurs végétales, ainsi que sa combinaison intime à un principe extractif brun suspect (acide, sous-acide), sont encore des caractères dinctinctifs. Les combinaisons salines que cette substance peut former avec les acides se comportent à la chaleur à la manière des baumes, elles présentent un aspect visqueux, et se fondent facilement, quoiqu'elles semblent renfermer souvent les acides en état de siccité.

Sous le point de vue médical, nous devons attribuer à la chinoïdine des qualités supérieures à celles que possède la quinine ; non seulement elle jouit de la même propriété fébrifuge que cet alcaloïde, mais elle est encore douée d'autre vertus médicales dont celle-ci manque, vertus qui donnent aux écorces de quinquina tant de qualités admirables.

C'est par les expériences suivantes que je prouverai qu'une combinaison entre ces deux alcaloïdes est tout-à-fait propre à remplacer les écorces de quinquina, et que la chinoïdine l'emporte même de beaucoup sur la quinine, quant à son action antifébrile.

Expériences thérapeutiques faites avec la chinoïdine. Ces expériences me démontrèrent en général que c'est de la chinoïdine que les bons effets des quinquinas dépendent. Outre que je parvins, au moyen de cette substance, à prévenir dans le plus grand nombre des cas les récidives, je rendis encore en bien moins de temps que par tout autre procédé et la fraîcheur et l'appétit aux malades, et je fis disparaître la sueur des pieds, dont plusieurs personnes avaient été atteintes pendant l'épidémie de 1828. Les malades faisaient ordinairement usage de la nouvelle substance à la dose de deux grains, deux ou trois fois par jour, avec l'ordre de boire

une petite quantité de vinaigre pur pour neutraliser le suc gastrique, qui chez les personnes affectées de fièvres se trouve souvent être de nature alcaline, et pour empêcher la précipitation et par conséquent la nullité des effets de ce médicament. 12 à 24 grains de chinoïdine me parurent toujours suffisans pour amener la guérison complète de ces malades. Je puis me flatter d'avoir été plus heureux dans le traitement de cette épidémie que d'autres médecins très-habiles, qui ne se sont servis que de la quinine ou même de la poudre de quinquina. Lorsque ces deux dernières substances n'avaient pas produit des effets désirés, 24 grains de chinoïdine faisaient complétement disparaître la fièvre.

Un jeune homme robuste, fils du conseiller intime R. à G. Minden, souffrait depuis quinze mois d'une fièvre intermittente double tierce, puis tierce et quarte. Après avoir été soumis aux traitemens de plusieurs médecins distingués, sans que leurs efforts eussent été couronnés de succès, on me pria de lui prodiguer mes soins. Des alcalis, de grandes doses de quinine ne le rétablirent point; je lui donnai du quinquina royal à la dose d'une demi-once avec des acides; mais je ne parvins qu'à chasser la fièvre, sans pouvoir empêcher une récidive, qui effectivement eut lieu après l'espace de seize jours. La chinoïdine, donnée de trois jusqu'à six grains par prise avec un acide, lui rendit la santé; et depuis trois mois elle ne s'est jamais interrompue.

Vu l'importance de ces expériences et leur utilité dans la guérison de différentes maladies, surtout dans les cas où l'écorce et les alcaloïdes des quinquinas ont été jusqu'à présent employés, je me crois obligé d'attirer l'attention des hommes de l'art sur les nouveaux médicamens dont je viens de parler.

(*Hufeland practischen Heilkunde*. 1829.)

XII. *Des symptômes à l'aide desquels il est possible de reconnaître les hernies du diaphragme;* par le docteur S. Dreyfus.

En général l'intensité des symptômes morbides dans les hernies du diaphragme paraît dépendre des circonstances suivantes : 1° de la conformation de l'ouverture herniaire : moins les viscères qui pénètrent sont sujets à être étranglés à cause de l'étendue de l'ouverture, moins les symptômes seront marqués, et *vice versâ;* 2° de la rapidité ou de la lenteur avec laquelle la hernie s'effectue : plus la hernie se forme lentement, plus l'organisme s'habitue facilement et peu à peu au dépla-

cement des parties; 3° du volume des organes qui pénètrent; 4° de l'importance des organes pénétrans: ainsi le déplacement de l'estomac donne lieu aux accidens les plus formidables, tandis que les suites qu'entraîne la transposition du colon sont les moins graves; 5° enfin de l'irritabilité de l'individu : on a remarqué que, chez des hommes endurcis par des travaux pénibles, des hernies considérables ont souvent eu lieu sans qu'ils aient même été obligés de discontinuer leurs occupations, tandis que chez des sujets débiles et délicats il se manifestait bientôt un trouble plus ou moins grand, et qui était ordinairement suivi d'une terminaison malheureuse.

Deux ordres de symptômes se présentent dans les hernies du diaphragme: 1° ceux qui sont la suite immédiate de la lésion du diaphragme, et 2° les symptômes propres de la hernie.

Les premiers sont les mêmes que ceux qu'on observe dans toute lésion du diaphragme; savoir : hémorrhagie, douleur, faiblesse des extrémités inférieures, et même défaillance; difficulté de respirer qui va quelquefois jusqu'à menacer de suffocation; envies de vomir, et toux sèche ou hoquet. A ces symptômes se joint ordinairement une fièvre traumatique, et, dans quelques cas particuliers, anxiété précordiale, tremblement et convulsions de certains muscles, surtout de ceux de la face, rire sardonique et délire. Quelquefois cependant, comme on l'a déjà dit, aucun de ces symptômes ne se manifeste, du moins d'une manière appréciable; la cicatrisation de la plaie extérieure se fait alors rapidement, et c'est plus tard seulement que les suites de l'irruption des viscères abdominaux dans la cavité thoracique amènent la mort.

Les symptômes propres de la hernie du diaphragme sont de trois sortes: 1° ceux qu'amène l'irritation du diaphragme et le trouble de sa fonction; 2° ceux qui résultent de la compression des poumons et du déplacement du cœur; et 3° enfin, ceux qui proviennent du dérangement des organes abdominaux.

Parmi les symptômes des deux premières espèces, ceux que l'on observe le plus ordinairement sont : Des douleurs existant soit à l'endroit de la hernie, soit dans les viscères abdominaux ou dépendant de l'affection du cœur. Dans le premier cas, la douleur se fait sentir d'une manière continue ou intermittente sous les côtes, du côté de la hernie: dans le second cas, il y a gastralgie ou colique, selon que c'est l'estomac ou le colon qui a pénétré dans le thorax; cette douleur se fait sentir surtout vers le soir ou dans la nuit: dans le troisième cas enfin quelques malades rapportent la douleur à l'épaule gauche;

cette douleur part évidemment du cœur. Des vertiges, produits sympathiquement par le dérangement des organes digestifs. — Un sentiment d'angoisse, lorsque le malade est debout, causé probablement par la pesanteur et la pression qu'exercent les organes qui ont pénétré. Un sentiment particulier, comme si quelque chose enveloppait le cœur. L'empêchement ou au moins la gêne des mouvemens du diaphragme, la compression des poumons, et le trouble apporté à la petite circulation, phénomènes qui ont nécessairement lieu dans toutes les hernies tant soit peu considérables, devraient faire supposer une grande difficulté de respirer, si l'observation ne nous apprenait que, précisément dans ces cas, il ne se manifeste très-souvent rien de semblable. Cette circonstance est d'autant plus inexplicable qu'on remarque tout le contraire dans les hernies congéniales. Dans beaucoup de cas cependant, la respiration est plus ou moins troublée, et alors cet accident tient à une cause mécanique, ou provient de l'affection du système nerveux, et prend la forme d'un asthme qui est souvent tellement violent, qu'il y a menace de suffocation. Une toux sèche et le hoquet persistent quelquefois long-temps après la cicatrisation du bord de l'ouverture, par suite de l'irritation non interrompue du diaphragme.

Les symptômes de la troisième espèce, bien plus constans que ceux que nous venons d'énumérer, sont les suivans, outre les coliques déjà indiquées : sentiment de pression à la région épigastrique; état de faiblesse de l'estomac, qui ne supporte surtout rien d'acide; nausées et envies de vomir. — L'état paralytique de l'estomac ou sa distension extraordinaire sont les causes qui empêchent dans quelques cas que le vomissement puisse avoir lieu. A peu d'exceptions près, on remarque des vomissemens fréquens dans tous les cas où l'estomac a pénétré en partie ou en totalité dans la poitrine. L'estomac ne rejette ordinairement que les matières qu'il renferme; dans quelques cas cependant, lorsque le vomissement est par trop violent, les malades rendent du sang ou une matière noirâtre. Cela n'a lieu que lorsque, par suite d'un trop long séjour de ce viscère dans la cavité pectorale, il y a stase dans ses vaisseaux sanguins. Un semblable accès de *melæna* est presque constamment mortel. La constipation doit exister très-souvent, soit à cause de l'empêchement mécanique, soit par suite de la faiblesse des organes digestifs, soit enfin en raison des vomissemens plus ou moins fréquens. Quelquefois cependant les selles sont régulières, et cela s'est vu alors même que des accès de vomissement précédèrent de peu la mort; elles peuvent être provoquées aussi à l'aide de lavemens; mais il est probable que ces évacuans ne

font sortir que les matières contenues dans la partie inférieure du canal intestinal.

Rarement la hernie du diaphragme se dénote par des signes extérieurs, tels qu'un certain vide du bas-ventre, ou une plus grande extension du côté de la poitrine dans lequel se trouvent les organes abdominaux. Ces signes ne doivent néanmoins pas être entièrement négligés.

On a prêté jusqu'à présent trop peu d'attention à l'état du pouls dans la hernie du diaphragme, pour qu'il soit possible de dire quelque chose de positif à cet égard. Dans un cas cependant on a observé que le pouls était régulier, quoiqu'il se manifestât déjà de la douleur dans l'hypochondre gauche, des nausées et de l'anxiété. Dans un autre cas, on a fait la remarque, très-importante pour le diagnostic, que, bientôt après la lésion du diaphragme, les battemens du cœur se faisaient sentir dans le côté droit de la poitrine.

Relativement à l'état des forces du corps, elles ne paraissent pas en général être considérablement diminuées, puisqu'on a vu quelquefois des individus se livrer, malgré la hernie, à leurs occupations, souvent pénibles.

Ces symptômes se compliquent avec d'autres dans les cas où la cause qui produit la hernie du diaphragme agit de manière à ce que la mort devra immédiatement s'ensuivre. Alors on remarque les phénomènes suivans : faiblesse extrême, perte de connaissance, froideur des extrémités, pâleur du visage, sueurs froides, pouls petit, irrégulier, intermittent, et la vie s'éteint ordinairement sous les efforts du diaphragme dans le vomissement et au milieu d'une gêne extrême de la respiration. D'autres fois, l'inflammation s'empare des viscères herniés, des douleurs violentes se font sentir ; le pouls est fréquent, plus ou moins dur, tantôt petit, tantôt plein ; le bas-ventre est sensible au toucher, la peau est chaude, le malade a soif, la difficulté de respirer augmente incessamment, et un vomissement extrêmement violent amène ordinairement la mort. On trouve, à la nécroscopie, les parties qui ont pénétré plus ou moins inflammées et souvent étranglées. Cette terminaison funeste peut avoir lieu dans un accès violent de vomissement, sans qu'il y ait inflammation ; souvent la mort arrive par exténuement, surtout lorsqu'il y a *melæna*. La violence des douleurs seule emporte aussi quelquefois le malade, ou une défaillance subite met fin à ses jours. Enfin, dans un cas, la mort a été la suite de la suppuration des poumons, et dans un autre d'une hydro-thorax. (*Abhandlung neber die bluecche des Swerchfells.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT ROYAL DE FRANCE.

(Décembre.)

Séance du lundi 7. MM. Navier et de Prony font un rapport sur la montre en cristal de roche qui a été présentée par M. Rebillien, et dont toutes les vis sont taraudées dans le cristal ; tous les pivots tournent dans des trous de rubis ; le pont et la pièce qui forme l'échappement sont en saphir, etc. L'exécution de cette montre, dit M. le rapporteur, suppose un progrès remarquable dans l'art de travailler les pierres précieuses, et doit faire attribuer à l'auteur beaucoup de talent, d'adresse et de persévérance, à en juger par la perfection nouvelle avec laquelle un travail si délicat et si difficile a été exécuté.

M. Isidore Bourdon adresse ses Lettres à Camille sur la physiologie de l'homme; il prie l'académie de l'admettre parmi les concurrens au prix Montyon.

Le ministre de la marine annonce à l'académie que M. Matthieu va entreprendre un voyage nautique pour des découvertes; elle l'engage à lui donner les instructions qu'elle jugera nécessaire. Sont nommés commissaires à cet effet, pour l'astronomie et la géographie, MM. Beautens-Beaupré, Matthieu et Freycinet; pour l'histoire naturelle, MM. Cuvier, Mirbel et Cordier.

Le ministre de l'intérieur invite l'académie à présenter un candidat pour la chaire de chimie appliquée aux arts, vacante au Muséum d'histoire naturelle, par le décès de M. Vauquelin. Renvoyé à la section de chimie.

M. Puissant lit un mémoire intitulé : Nouvel essai de trigonométrie sphéroïdique. M. Balland adresse un essai de chlorure de chaux. Nous le ferons connaître. Commissaires, MM. Thénard et Chevreul.

M. Latreille fait un rapport très-favorable sur le quatrième volume de la monographie des coléoptères de M. le comte Dejean.

M. Serullas lit un mémoire intitulé : De l'action des différens acides sur l'iodate neutre de potasse; iodates acides de cette base ou bi-iodate et tri-iodate de potasse; chloro-iodate de potasse; nouveau moyen d'obtenir l'acide iodique. Nous en donnerons un extrait. Commissaires, MM. Thénard et Chevreul.

De l'emploi de l'air atmosphérique dans la surdité.

MM. Favart et Magendie font un rapport sur un ouvrage du docteur Deleau, ayant pour titre : *Traité sur l'emploi de l'air atmosphérique dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de la surdité,* causée par les maladies chroniques de l'oreille moyenne. La force élastique de l'air, qui remplit la caisse du tambour et les cellules mastoïdiennes, a une influence considérable sur la finesse de l'ouïe. Quand cette force est moindre ou plus grande que celle de l'air extérieur, l'ouïe est dure; cela est dû à ce que dans l'un et l'autre cas la membrane du tympan se trouve plus tendue que dans l'état naturel; ce qui diminue nécessairement l'amplitude de ses oscillations. Or toute lésion qui empêchera l'introduction de l'air dans l'oreille moyenne devra déterminer une surdité, qui ne pourra disparaître que par le rétablissement de la libre circulation de l'air. D'après ces principes, M. Deleau fait observer, avec raison, que plusieurs maladies de l'arrière-bouche et des fosses nasales peuvent produire une oblitération ou un rétrécissement du pavillon ou du canal même de la trompe d'Eustache. Ainsi la tuméfaction des amygdales, qui a lieu chez les jeunes sujets, produit une surdité qui dépend évidemment de ce que ces glandes augmentent de volume, écartent les piliers du voile du palais, et par là déterminent la compression des orifices des trompes d'Eustache, etc. Après avoir énuméré les moyens employés jusqu'à ce jour pour y remédier, M. Deleau, considérant que la membrane muqueuse qui tapisse l'oreille moyenne possède le degré de sensibilité nécessaire pour pouvoir supporter sans douleur le contact de l'air atmosphérique, a pensé que des injections d'air ne seraient nullement dangereuses, et que, par la différence de bruits qu'elles occasioneraient, lorsqu'elles arriveraient ou non dans le fond de la caisse, on pourrait reconnaître si la surdité dépend d'un simple rétrécissement ou d'une obstruction de la trompe. A cet effet, il introduit, par les fosses nasales, une sonde creuse de gomme élastique jusque dans la trompe d'Eustache; ensuite, au moyen d'une pompe qui comprime l'air dans un réservoir, muni d'nn manomètre, il pousse de l'air dans la sonde. L'on conçoit que, si la trompe n'est pas

entièrement obstruée, ou que si l'obstacle est de nature à céder, l'air doit pénétrer jusque dans la caisse et de là refluer sur lui-même, en se frayant une route rétrograde contre les parois de la trompe et celles de la sonde. Par ce procédé on reconnaît l'état pathologique de l'oreille moyenne, 1° en faisant attention à la nature des bruits que le courant d'air détermine; 2° en observant avec soin les changemens que ces injections produisent sur la faculté d'entendre; 3° enfin en tenant compte de leurs effets sur la sensibilité.

Cette injection de l'air dans une oreille saine ne produit aucune sensation douloureuse; il en résulte seulement un léger engourdissement dans l'oreille, sans que la faculté d'entendre soit diminuée ou altérée en rien. Lorsque l'orifice de la trompe se trouve comprimé par la tuméfaction de l'une des amygdales, ou bien lorsque ce canal est obstrué ou rétréci dans une partie de sa longueur, sans que d'ailleurs la caisse du tambour soit le siége d'aucune lésion, si le courant d'air peut surmonter les obstacles qui s'opposent à son passage, il occasione dans la caisse un bruit analogue à celui d'une oreille saine; et, dès que la sonde est enlevée, le malade entend mieux qu'avant l'opération, plusieurs heures et même plusieurs jours. Enfin, si l'intérieur de la caisse contient un liquide purulent, le bruit qui est produit est différent; il ressemble à une sorte de gargouillement (*bruit muqueux* de l'auteur). En général l'injection de l'air ne cause aucune douleur, même dans les cas de phlegmasies chroniques. Il n'en est pas de même dans les phlegmasies aiguës; cette différence est encore utile pour le diagaostic de l'affection dont on recherche la nature. Dans la seconde partie de son travail l'auteur présente soixante-dix observations qui viennent à l'appui des faits qu'il annonce. MM. les rapporteurs posent en résumé que l'auteur a rendu un véritable service à l'art de guérir par l'invention ingénieuse des injections de l'air dans la surdité, et que son travail mérite l'approbation de l'académie. Adopté.

M. Geoffroy Saint-Hilaire donne lecture de *quelques considérations physiologiques* sur la duplicité d'existence de la fille bicéphale, dernièrement présentée aux académies royales des sciences et de médecine. En attendant que l'auteur, de concert avec M. Serres, ait terminé un travail complet sur l'ensemble de toutes les particularités de ce sujet, il se borne à traiter un seul point de la question, celle de savoir si Ritta-Christina devait être présenté comme un être double ou un être simple à deux têtes. Déjà M. le docteur Castel, dans un mémoire lu le 17 novembre, à l'académie royale de médecine, a

admis deux existences à part, et a regardé les deux bustes comme appartenant à deux sœurs jumelles qui étaient le produit d'un désordre qui a également affecté les deux jumelles dans le sein de leur mère. Il pense que, victime d'une grave maladie durant leur vie *intra-utérine*, elles auront été frappées d'un arrêt de développement en certaines places où les règles de l'organisme appelaient la sortie d'organes complets. Pour le naturaliste, au contraire, Ritta-Christina est le produit d'un seul enfantement, un tout réellement indivisible; il n'est en elle qu'une seule poitrine, à la vérité formée par de doubles élémens, qu'un seul système pour les défécations stercorales et urinaires. Il en est de même des jambes, qui sont au nombre de deux. De plus, s'il existe deux cœurs, comme l'avait déjà si judicieusement annoncé M. Castel, un seul péricarde le renferme; s'il existe deux anus, celui de gauche est aveugle après un trajet de six lignes; des deux organes sexuels, un seul est normal et débouche à l'extérieur; voilà ce qui est, dira le naturaliste; tout cet ensemble étant renfermé dans une même et générale enveloppe tégumentaire. M. Geoffroy Saint-Hilaire, après être entré dans un grand nombre de semblables détails, pose cette question : Qu'est-ce que cette conformation de Ritta-Christina dans l'ordre général de toutes choses créées? Après avoir passé en revue et cité des faits qui, se renouvellant par voie de génération, ramènent régulièrement le curieux spectacle de leur merveilleuse association, comme le *distoma*, le *polyclinum*, les *botrylles*, les *pyrotomes*, etc., l'auteur ajoute : Les naturalistes, sans méconnaître l'individualité de chacun des êtres entés ainsi en communauté d'une tige commune et en partage de sa puissance vitale, ne voient qu'un seul animal où sont tant d'individus, chacun en possession d'une vie propre et distincte. Ces principes appliqués à Ritta-Christina décideront la question, mais seulement dans le cercle des considérations propres à l'histoire naturelle.

Sous le rapport du sacerdoce et de la législation, cette question est du plus haut intérêt; nous allons l'éclaircir par quelques faits. Saint Jérôme, dans une lettre qu'il écrivit en 398, *ad Vitalem*, et saint Augustin, *de Civitate Dei*, liv. 16, chap. VIII, parlent de deux bicéphales semblables à Ritta-Christina qui furent baptisés séparément comme ayant deux âmes et deux intelligences. Voici comment s'exprime saint Jérôme : *Nostra ætate*, *anno* 398, *duplex Liddæ natus est homo*, *duorum capitum, quatuor manuum et duobus pedibus*. Cet exemple n'a pas toujours été suivi; M. Geoffroy Saint-Hilaire cite un exemple qui eut lieu à Laon, dans le 12e siècle, d'un bicéphale qui fut considéré

comme un seul être et une seule fois baptisé. Depuis, l'église française a devié de ce principe, puisqu'on lit dans le Journal de physique que, vers la fin du 18e siècle, il naquit à Reims une semblable monstruosité, dont chaque tête fut baptisée séparément sous le nom de *Pierre* et de *Jean*. Ce fait a été consigné dans la *Revue médicale* par M. Julia de Fontenelle. Enfin monseigneur Arnosio, archevêque de Sallari, d'après l'autorité de saint Jérôme et de saint Augustin, a ordonné le double baptême de Ritta et Christina. Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. Geoffroy Saint-Hilaire dans tous les curieux détails dans lesquels il est entré; ce que nous en avons dit suffit cependant pour faire connaître son opinion.

Séance du 14. Une lettre du ministre de l'intérieur annonce que le roi a confirmé l'élection de M. le vicomte Rogniat comme académicien libre, en remplacement de M. le comte Daru.

M. Pelletier prie l'académie de remettre aux commissaires qui seront nommés pour l'examen du mémoire que doit lire M. le docteur François en leur nom collectif, la notice cachetée qu'il a deposée sur le bureau le 18 novembre.

M. le docteur Drot écrit à l'académie qu'il a inventé des instrumens lithrotriteurs pour réduire complètement la pierre en poudre en une seule séance, quelleque soit sa dimension, en maintenant cet organe à l'abri de toute lésion. Les pièces essentielles de son appareil sont terminées depuis dix-huit mois; mais, le défaut de fortune ne lui permettant pas de poursuivre, il les offre à l'Institut, afin que quelque médecin intelligent puisse les faire exécuter à ses frais en lui laissant l'honneur de l'invention.

M. le docteur Desruelles adresse la seconde partie de son travail sur les divers modes de traitement mercuriel et sans mercure qu'il a employés à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grace. Son travail complet offre quatorze-cent dix-huit faits qu'il a constatés; il prie l'académie de l'admettre au concours pour le prix Montyon.

M. le baron Dupin lit un mémoire sur les progrès comparés des revenus privés et des revenus publics dans la France et dans la Grande-Bretagne depuis le commencement du seizième siècle jusqu'à nos jours.

M. le docteur Lugol lit un mémoire sur l'emploi des bains iodurés dans les maladies scrofuleuses. Nous le ferons connaître. Commissaires, MM. Duméril, Boyer et Serres.

M. le docteur Paret, de Grenoble, envoie un mémoire sur un nouveau forceps. Commissaires, MM. Boyer et Flourens.

M. le docteur Delcau jeune fait un exposé d'une nouvelle *dactylologie*

alphabétique et syllabique propre à l'instruction des sourds-muets.

D'après l'avis de la section de chimie, l'académie déclare par la voie du scrutin qu'il y a lieu à remplacer M. Vauquelin.

Le ministre de l'intérieur adresse à l'académie le procédé de M. Aldini contre les incendies. Renvoyé à la commission précédente.

M. Giron de Buzaringue adresse deux observations sur la reproduction des animaux domestiques faites par M. Geniez.

En 1823 il avait livré au verrat le même jour deux truies de deux ans, issues d'une même portée et d'égale force. L'une d'elles produisit neuf mâles et une femelle, et l'autre neuf femelles et un mâle. La première mit bas cinq à six heures avant la seconde; elle devait avoir été saillie la première en 1828. Il a fait livrer à un jeune verrat de quatre à cinq mois deux truies de la même portée que le mâle, et d'égale force entre elles. Celle qui a été saillie la première a mis bas aussi la première, et a produit cinq mâles et deux femelles; l'autre, quatre heures plus tard, et a produit six femelles et deux mâles. M. Giron a dit, dans son ouvrage sur la génération, que l'étalon devait avoir sailli une ou deux femelles, avant qu'il s'approchât de celle qu'on lui destinait, lorsqu'on voulait obtenir des femelles. Ces faits viennent à l'appui de son opinion, d'après laquelle les femelles qui reçoivent les premières procréent plus spécialement des mâles que des femelles, et *vice versâ*. Commissaires, MM. Fourier et Magendie.

M. Geoffroy Saint-Hilaire fait le rapport suivant sur la seconde partie de l'Anatomie analytique de M. le docteur Manec.

Je viens remplir un devoir qui m'est prescrit par l'académie en lui rendant compte d'une communication que lui a faite M. le docteur Manec, médecin, et premier prosecteur de l'amphithéâtre anatomique des hôpitaux civils de Paris; communication qui consiste dans une nouvelle publication de tableaux représentant, de grandeur naturelle, la névrologie de l'homme; ce sont des faits précis et très-exactement figurés que cet habile anatomiste a voulu fixer pour les rendre présens aux souvenirs des praticiens; mais principalement ce sont les découvertes les plus récentes qu'il a désiré réunir, celles entre autres des *Chaussier, Lemonnier, Scarpa, Walter, Arnold, Andersels, Jacobson, Ribes, Lobstein,* à ses propres observations, dont nous parlerons ci-après.

Le système nerveux chez l'homme se compose de deux parties, s'employant distinctement ou pour la vie de relation, ou pour la vie

organique ; M. Manec en a fait le sujet de deux tableaux de son Anatomie analytique.

Le premier, qui représente les appareils de la vie de relation ou autrement l'axe cérébro-spinal (1), vous fut adressé l'année dernière, et donna lieu à un rapport très-favorable présenté à l'académie par M. le baron Cuvier; et le second, qui expose le système si compliqué des nerfs de la vie organique, forme la seconde partie de l'ouvrage de M. Manec, laquelle est spécialement le sujet du présent rapport. Ce système est connu sous le nom de *grand sympathique*.

Bichat crut trouver la raison de sa disposition générale dans une observation de Haller, controversée et toujours contestée à ses idées toutes physiologiques, en ce que Bichat considérait comme autant de petits cerveaux chacun des ganglions du grand sympathique, M. Manec oppose et préfère les données essentielles de l'anatomie elle-même, qui sont le rapport des connexions; et alors, distinguant les parties centrales des périphériques, il voit constamment et absolument différentes celles formées par les plexus solaire et hypogastrique et les autres qui ne sont que des ganglions excentriques.

Ainsi le grand sympathique se trouve plus naturellement divisé et composé premièrement par une double série de ganglions réunis entre eux au moyen de filets intermédiaires et étendus depuis l'extérieur du crâne jusqu'au coccyx, et deuxièmement par les ganglions centraux occupant la base du cœur, la région épigastrique et la partie moyenne du bassin.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les descriptions qu'il a données de chaque ganglion, de chaque plexus et de chacun des principaux filets de ce grand nerf; il nous suffit d'avertir qu'il n'a rien omis des travaux de ses prédécesseurs, et qu'il y a ajouté de ses propres et intéressantes observations; telles sont les suivantes :

1° Une communication du plexus carotidien avec le nerf maxillaire supérieur;

2° Des petits ganglions, au nombre de trois et quelquefois de deux seulement, placés sur le trajet des nerfs ciliaires;

3° Deux petits ganglions palatins sur le trajet des nerfs palatins postérieurs;

---

(1) Tableau représentant l'axe cérébro-spinal chez l'homme, etc., par M. Manec, professeur particulier d'anatomie, dessiné par M. J.-G. Martin, de la société anatomique.

4° Enfin, la réunion des deux grands sympathiques sur l'artère communicante antérieure, où l'auteur a trouvé, dans le plus grand nombre de cas, un ganglion particulier.

Par conséquent, ces nouvelles observations viennent utilement compléter la masse considérable des recherches entreprises sur l'appareil de la vie organique; je dis utilement puisqu'il n'est point d'appareil plus important que le grand sympathique, lequel forme un long anneau enveloppant la colonne vertébrale et les viscères; disposition sur laquelle repose l'opinion de plusieurs naturalistes qui rapportent à ce nerf le système nerveux central des animaux articulés.

L'auteur rappelle à ce sujet une vue des ouvrages de notre collègue, M. Serres; c'est que le grand sympathique reproduit un pendant, et procure un puissant auxiliaire à l'appareil de relation ou à l'axe cérébro-spinal; mais dans un ordre inverse pour la manière dont il se concentre en plexus à la région inférieure, quand il semble naître par un simple filet à son autre extrémité ou à la tête, dans un ordre inverse, surtout par une sorte d'antagonisme d'essence et de fonctions.

Voilà pour les idées de l'auteur; insistons présentement sur le mérite de la planche. La distribution très-compliquée du grand sympathique et de ses branches, et la multitude d'organes importans qui en reçoivent des rameaux, semblaient offrir au dessinateur des difficultés presque insurmontables. Cependant que ne devait-on pas attendre des travaux constans de M. Manec et de sa grande expérience des pratiques de dissection? Tous ces avantages se trouvent réunis aux talens distingués d'un peintre exercé dans le genre de l'anatomie, M. Jacob, maître de dessin à l'Ecole royale vétérinaire d'Alfort. Je ne saurais donner trop d'éloges à l'exécution de cet immense travail, et je le fais avec plaisir, parce que je déclare agir en pleine et parfaite sûreté de conscience. Il ne fallait rien moins sans doute que la réunion de ces deux hommes également supérieurs, chacun en son genre, pour rassembler sans confusion, disons plutôt avec un succès admirable, un si grand nombre de parties qui se croisent et qui se compliquent à l'infini.

Ainsi, M. Manec s'est montré dans ce travail le plus distingué disciple d'une école célèbre par les habiles anatomistes qu'elle a fournis; car c'est aussi de cette école, ou de l'amphithéâtre de la Pitié, qu'est sorti l'habile Bogros, qui fut honorablement recherché par la Faculté de médecine, et dont les travaux nombreux et de plus en plus perfectionnés furent d'un si salutaire exemple pour les élèves. Mais puis-je prononcer ce nom, de douloureuse mémoire, sans rappeler que cet

infatigable et très-habile prosecteur succomba, jeune encore, accablé par l'excès de ses recherches et de ses veilles, et surtout qu'il est descendu dans la tombe sans confiance dans la justice des hommes !

M. Le Roy d'Etioles adresse la lettre suivante :

« Il y a trois mois, j'ai eu l'honneur de lire devant l'académie un mémoire dans lequel j'exposais que la plupart des rétentions d'urine attribuées généralement à la paralysie de la vessie, sont occasionées par le gonflement d'une portion de la glande prostate.

» Jusqu'à ce jour, l'introduction de la sonde fournissait les moyens de donner issue à l'urine ; mais la chirurgie ne possédait point encore de moyens de combattre efficacement la maladie elle-même, qui durait pendant des années. J'ai dit que je croyais être parvenu, par un procédé très-simple, à guérir avec promptitude cette affection regardée presque comme incurable. J'ai dit en quoi le hasard m'avait servi pour cette découverte, et j'ai rapporté les guérisons que j'ai obtenues.

» Introduire dans la vessie par l'urèthre une bougie creuse garnie d'un mandrin courbe; retirer le mandrin courbe, et glisser à sa place, dans la cavité de la bougie, une tige métallique, droite, pour redresser le canal et déprimer la portion de la glande prostate qui fait saillie au col de la vessie; tel est le procédé que j'ai mis en usage. Dans mon livre sur le broiement de la pierre, pour lequel l'académie a daigné m'accorder d'honorables récompenses, j'avais rapporté le premier exemple de guérison obtenue par l'emploi de la sonde à redresser ; j'avais parlé de la difficulté que l'on éprouve pour faire pénétrer une tige droite dans la cavité de la bougie, primitivement introduite courbe. Cette difficulté, M. le docteur Rigal l'a fait disparaître en imaginant la sonde à vis, dont il a été parlé dans le rapport fait à l'académie par M. le professeur Dumeril.

» Comme tous les instrumens de M. Rigal, cette sonde à vis est très-ingénieusement conçue, et de plus elle remplit assez bien le but que son auteur s'est proposé. Cependant, après en avoir fait usage, j'ai reconnu qu'elle était susceptible de modification. Elle est longue et difficile à construire; elle n'a pas plus de durée que les autres sondes de gomme; enfin le rapprochement des fils en spirale, qui forment écrou, rend très-lente l'introduction des mandrins droits. Pour obvier à cet inconvénient, j'ai fait construire par M. Greling, habile mécanicien, le petit appareil que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'académie. Il se compose d'une tige métallique droite, terminée d'un côté par un bouton en olive; de l'autre, par un pas de vis, d'un écrou disposé en entonnoir, pour être reçu

dans la cavité de la bougie creuse, et d'une manivelle. Cet appareil a l'avantage de pouvoir s'adapter aux sondes et bougies ordinaires, et déjà l'expérience m'a fait voir qu'il remplit parfaitement mes intentions. Dans le rapport fait à l'académie sur les instrumens de M. Rigal, la sonde à redresser le canal n'a été considérée que dans ses rapports avec l'opération du broiement de la pierre, en ce qu'elle peut faciliter l'introduction des instrumens droits; c'était pour cela que M. Rigal avait fait construire sa sonde à vis. C'est dans ce but également que j'avais moi-même imaginé le procédé; mais il est, ainsi que je l'ai fait voir, d'autres circonstances dans lesquelles la sonde à redresser le canal est d'une application plus fréquente et plus importante. Déjà les exemples de prétendue paralysie de vessie guéries par l'emploi de ce moyen se multiplient; et, si mes espérances ne sont pas trompées, l'expérience en fera mieux sentir chaque jour les avantages. »

M. Lugol lit un Mémoire intitulé : *de l'Emploi des bains iodurés dans les maladies scrofuleuses.*

C'est sous ce titre que M. le docteur Lugol a présenté un second mémoire à l'Académie royale des sciences, dans sa séance du 14 décembre 1829; ce mémoire a pour but un nouveau mode d'administration de l'iode contre les maladies sulfureuses, *les bains iodurés.* Ce praticien, convaincu par ses nombreuses expériences de leurs bons effets contre les affections précitées, s'est attaché à étudier l'action respective de l'iodure de potassium et celle de l'iode.

Après avoir rapporté quelques histoires particulières de maladies scrofuleuses dans lesquelles il a fait usage des bains iodés, il a porté ses idées sur la matière la plus propre à contenir le liquide ioduré, afin que l'iode n'éprouvât presque aucune action chimique; en conséquence, il a adopté les baignoires en bois. Il est bien évident que, dès le principe, M. Lugol a dû être fort embarrassé sur la quantité d'iode à employer pour chaque bain. La première dose est donc devenue, comme il l'avoue, un *maximum* qu'il ne se permet plus d'employer; la voici :

Première formule des bains iodurés :

℞ Iodure de potassium. . . . . ℥ j
Iode dissout dans 20 onces d'eau distillée. ℥ ß

Le tout a été délayé dans l'eau de la baignoire.

Ce bain a produit une vive rubéfaction de la peau.

Deuxième formule.

Bains d'adulte iodurés.

D'après les effets précités, M. Lugol a diminué ces doses, et les plus fortes qu'il ait administrées depuis à un grand nombre de personnes, sont :

℞ Iodure de potassium. . . . . ʒ vj
Iode. . . . . ʒ jjj

L'iodure de potassium, comme l'a annoncé M. Baup, peut dissoudre deux fois autant d'iode qu'il en contient lui-même, ou bien, une fois et demie son poids, lorsqu'il est en dissolution concentrée ; mais, comme cette solubilité diminue quand on augmente la quantité d'eau, M. Lugol a cru devoir adopter les proportions proposées par ce pharmacien, d'une partie d'iode sur deux d'iodure de potassium. D'un autre côté, si on ne change rien ainsi à la formule généralement suivie pour la composition pharmaceutique de l'hydriodate de potasse ioduré, si ces bains, dans ces proportions, agissent comme des rubéfians trop énergiques, on les diminue à volonté.

L'auteur rubéfie certaines scrofules cutanées, celluleuses, tuberculeuses, etc., avec une solution composée de :

Solution iodurée rubéfiante.

℞ Iodure de potassium. . . . . ℥ß
Iode en solution dans l'alcool. . . . . . . ʒ jj

Si nous comparons maintenant les proportions d'iode dans un bain ioduré avec la dose des autres préparations, on sera étonné de l'action énergique des bains iodurés. Cette quantité, comparée à celle de l'eau minérale que boivent les malades, n'est que d'un tiers ; ce qui donne 0,9 de grain d'iode par litre d'eau.

Depuis trois mois, M. le docteur Lugol n'emploie, pour toucher certaines surfaces qui lui paraissent avoir besoin d'être excitées, notamment dans les ophthalmies palpébrales, les ozenès, les ulcères, les surfaces étendues de scrofule esthiomène, etc., que la solution rubéfiante précitée. Lorsqu'il a besoin de toucher plus profondément, il met en usage la formule suivante :

Solution iodurée caustique.

℞ Iode. . . . . ʒ vj
Iodure de potassium dissous dans le moins
de véhicule possible. . . . . ʒ iv

L'auteur ne fait plus usage que de ce mode particulier de cautérisation pour tous les cas de scrofules.

M. Lugol a donné à la formule des bains qu'il emploie et que nous avons décrite sous le n° III; celle qu'il désigne par le n° II est composée des cinq sixièmes des principes iodés, et le n° 1er n'en contient que les quatre sixièmes.

Le bain chaud, ioduré de 28 à 30 R., est plus actif que le froid, malgré que le calorique sépare, en grande partie, l'iode de l'iodure de potassium; cette énergie doit être attribuée à l'action simultanée de l'eau et de la chaleur qui distend la peau, l'adoucit et la rend plus pénétrable et plus apte à absorber l'iode.

M. Lugol s'est ensuite livré à une série d'expériences, pour comparer l'action respective et comparative de l'iodure de potassium, et celle de l'iode dans les bains iodurés. Des nombreuses observations qu'il a recueillies sur ces modifications variées, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° L'iodure de potassium n'a qu'une action nulle à la dose de 3 onces par bain;

2° L'iode peut être regardé comme le principe actif des bains iodurés;

3° La dose de l'iode doit être généralement depuis 2 jusqu'à 3 gros par bain, très-rarement au-dessus;

4° L'iode pur ne se dissout point complétement dans un bain, et dès lors, son action n'étant plus égale pourrait donner lieu à des accidens locaux et manquer son effet général sur l'économie;

5° L'iode dissous dans l'alcool, produit des phénomènes d'affection qui peuvent aller jusqu'à une sorte d'ivresse iodique et jusqu'à une congestion cérébrale assez prononcée et durable;

6° Le mode de préparation le plus sûr de l'iode est de le dissoudre préalablement dans l'iodure de potassium.

Administration des bains iodurés selon les âges.

Après avoir établi quatre doses graduées de solutions iodurées pour les bains d'adulte, lesquelles peuvent satisfaire à peu près à toutes les particularités de sexe et de tempérament, il fallait diviser ces degrés pour les bains d'enfans. M. Lugol avait d'abord pris la moitié de la dose; mais ces proportions étant trop fortes, il n'emploie que le tiers de celle des adultes. Ci-joint le tableau de ces mêmes doses à employer suivant les divers cas. L'auteur le regarde comme propre à servir de guide pour administrer les bains iodurés à tous les âges de

la vie. Ces formules, ajoute-t-il, ne sauraient offrir aucun danger, et peuvent être d'un très-grand secours pour le traitement des maladies scrofuleuses, et, par suite, dans celui des maladies analogues.

Pour diminuer le prix des bains iodurés dans les hôpitaux, M. Henry fils a proposé de recevoir dans un bassin ou réservoir les vidanges de ces bains, et d'en précipiter l'iode par l'acétate de plomb.

Commissaires : MM. Duméril, Magendie et Chevreul.

TABLEAU *des quantités d'iode et d'iodure de potassium contenues dans les bains iodurés par litre de liquide.*

Ces quantités dépendent de la contenance du bain et de la force de la solution iodurée.

BAINS D'ENFANS (*a*).

Enfans de 4 à 7 ans. Baignoires de 2 pieds. Eau 36 litres.
Dans ce bain la demi-dose des liqueurs, nos 2 et 3.
Pour bain d'enfant, donne par litre d'eau.

	n° I.	n° II.	n° III.	n° IV.
	Grains.	Grains.	Grains.	Grains
Iode.		0 83.	1.	
Iodure de potassium. . . .		1 66	2.	

Enfans de 7 à 11 ans. Baignoires de 2 pieds 1/2. Eau 75 litres.
Dans ce bain la dose entière des liqueurs nos 1, 2 et 3.
Pour bain d'enfans donne par litre d'eau.

	Grains.	Grains.	Grains.	Grains
Iode.	0 64.	0 80.	0 96	
Iodure de potassium. . . .	1 28.	1 60.	1 92.	

Enfans de 11 à 14 ans. Baignoires de 3 pieds. Eau 125 litres.
Dans ce bain la dose entière des liqueurs, nos 3 et 4.
Pour bain d'enfant donne par litre d'eau.

	Grains.	Grains.	Grains.	Grains.
Iode.			0 58.	0 77
Iodure de potassium. . . .			1 16.	1 54

(*a*) Composition des bains d'enfans.

	n° I.	n° II.	n° III.	n° IV.
	Scrup.	Scrup.	Scrup.	Scrup
Iode	2.	2 1/2.	3.	4.
Iodure de potassium. . . .	4.	5.	6.	8.

BAINS D'ADULTES (*a*).

Jeunes femmes et adolescens. Baignoires de 3 pieds 1/2. Eau 200 litres.
Dans ce bain la dose entière des liqueurs, nos 1 et 2.
Pour bain d'adulte donne par litre d'eau.

	no I.	no II.	no III.	no IV.
	Grains.	Grains.	Grains.	Grains.
Iode.	0 72.	0 90.		
Iodure de potassium. . . .	1 44	1 80.		

Femmes et hommes adultes. Baignoires de 3 pieds 9 pouces. Eau 240 litres.
Dans ce bain, la dose entière des liqueurs nos 1, 2 et 3.
Pour bain d'adulte donne par litre d'eau.

	Grains.	Grains.	Grains.	Grains.
Iode.	0 60.	0 75.	0 90.	
Iodure de potassium. . . .	1 20.	1 50.	1 80.	

Baignoires de 4 pieds. Eau 300 litres.
Dans ce bain la dose entière des liqueurs nos 3 et 4.
Donne par litre d'eau.

	Grains.	Grains.	Grains.	Grains.
Iode.			0 72.	0 84.
Iodure de potassium. . . .			1 44	1 68.

(*a*) Composition des bains d'adulte.

	no I.	no II.	no III.	no IV
	Gros.	Gros.	Gros.	Gros.
Iode.	2.	2 1/2.	3.	3 1/2
Iodure de potassium. . . .	4.	5.	6.	7.

Séance du lundi 21. M. Sérullas lit une note dans laquelle il fait connaître un procédé pour obtenir l'acide iodique en grande quantité et bien cristallisé.

M. de Boisbertrand soumet à l'académie un procédé pour rendre la fabrication des billets de banque impossible. Il consiste à frapper un timbre sec, par un même coup, des deux côtés du billet.

Du lundi 28. M. le docteur Durand de Saint-Girons annonce à l'académie qu'il est né dans cet arrondissement, commune d'Aulns,

soixante-deux jours après la naissance de *Ritta-Cristina*, un bicéphale semblable qu'il a conservé dans une solution de deuto-chlorure de mercure, et qu'il offre à l'académie. Accepté. Commissaires pour cet examen : MM. Geoffroy Saint-Hilaire et Serres.

M. Catalan, chirurgien-dentiste, adresse un mémoire relatif à un instrument nommé *chevron métallique*, propre à corriger la difformité qui consiste dans la projection de la mâchoire inférieure en avant de la supérieure, difformité qui imprime à l'enfance le caractère de la caducité. Cet appareil consiste en un couvercle métallique s'appliquant exactement à l'extérieur et à l'intérieur sur les dents de la mâchoire inférieure. Ce couvercle est surmonté de deux chevrons de platine ainsi nommés, parce qu'ils se réunissent par le sommet. La partie antérieure, plus inclinée en arrière, reçoit la partie supérieure des dents de la mâchoire opposée, qu'elle contraint à glisser incessamment sur le chevron, en sorte que les efforts de la mastication tendent eux-mêmes à la réformation de la difformité. Pour arriver à ce but, l'auteur prend, avec de la cire amollie au feu, l'empreinte de la mâchoire inférieure jusqu'aux premières, et, au besoin, jusqu'aux secondes dents molaires inclusivement. Dans ce creux, il coule du plâtre, et dans le moule ainsi obtenu, il tire par contre-épreuve un autre moule en *métal* dit *italien*, et qui n'est autre chose que le mélange fusible de Darcet. Le platine en feuilles minces prend sur ce modèle la forme convenable. Tel est l'appareil de M. Catalan. Commissaire : M. Boyer.

M. le docteur Malagodi envoie un mémoire italien sur la section du nerf ischiatique dans la névralgie dorso-plantaire. Commissaire : M. Bayle.

M. Marcel de Serres annonce qu'il a découvert dans les cavernes de Fausan, près de Bire, une espèce d'ours plus grande que l'ursus spelœus de M. Cuvier, et qui en diffère par de nombreux caractères. Cette espèce n'est point bornée aux cavernes de nos contrées méridionales; elle se trouve aussi confondue avec les ossemens de l'ursus spelœus, en Prusse.

Mme...., sage-femme du bureau de charité du 10e arrondissement, présente un nouveau pessaire qui consiste en un ressort métallique enveloppé de crins et entièrement recouvert de gomme élastique; par ce moyen, elle donne au pessaire la forme qu'elle désire et l'élasticité convenable. Par sa structure, il peut soutenir l'utérus dans le cas de chute et autres maladies de cet organe; il cède à la moindre pression résultant de l'acte de la défécation ou de l'émission des urines.

M. Charles Mattencci présente un mémoire sur l'influence de l'électricité sur les sécrétions animales.

M. Nicod adresse un nouveau mémoire sur le traitement des polypes de l'urètre et de la vessie, destiné à concourir pour le prix Monthyon. Commissaires : MM. Boyer et Serres.

M. Geoffroy Saint-Hilaire rend un compte avantageux de l'ouvrage du docteur Bourdon, intitulé : *Physiologie à l'usage des gens du monde.*

MM. François, Caventou et Pelletier présentent un mémoire sur les propriétés chimiques et médicales de la racine de *rahinca.* Ils ont reconnu que le principe médicamenteux en était dû à un acide particulier qu'ils nomment *caincique.* Nous en donnerons un extrait.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Décembre.)

Séance du 1er décembre 1829. — *Découverte de l'arsenic dans un cadavre après sept ans d'inhumation.* Ce fait extraordinaire est raconté par M. Ozanam, médecin en chef d'un des hôpitaux de Lyon, dans une lettre dont M. Orfila donne lecture. Il est à remarquer que le cadavre reposait dans un terrain élevé et qui absorbait facilement l'eau, car la nature du sol est certainement pour quelque chose dans la conservation des matières animales. Quoique desséché et facile à casser, le cercueil, construit en chêne, était si bien fermé, qu'on ne découvrait sur les parois intérieurs aucune trace d'humidité. Le cadavre était entier; la tête, le tronc et les membres avec leur conformation et dans leur position naturelle. Les viscères renfermés dans le thorax et dans l'abdomen étaient transformés en une masse brune, molle, à consistance d'emplâtre et déposée sur le côté du rachis.

C'est dans cette matière que M. Ozanam, et M. Idt, pharmacien, experts nommés, ont trouvé de l'arsenic à l'aide des épreuves suivantes : 1° ils ont épuisé par diverses décoctions, dans de l'eau distillée, une partie de cette matière, jusqu'à ce que l'eau se colorât à peine; 2° les diverses décoctions réunies ont été évaporées jusqu'à consistance d'extrait sec, et celui-ci a été redissous dans de l'eau distillée bouillante; 3° cette dernière solution a été concentrée au volume

d'un litre; mais comme elle avait la couleur rouge du caramel, ce qui ne permettait pas de voir la couleur des précipités formés par les diverses dissolutions salines, elle a été de nouveau évaporée à siccité; 4° le produit de cette évaporation a été traité par le procédé de Rayer, c est-à-dire, brulé dans un vase de porcelaine avec du nitrate de potasse bien privé d'hydrochlorate. Le résultat de cette combustion a été un culot salin homogène; 5° celui-ci a été redissous dans l'eau distillée, sauf un petit résidu qu'on a séparé par le filtre; 6° on a fait bouillir ensuite cette solution avec de l'acide nitrique pour la purger des hydrochlorates qui pouvaient provenir des substances animales, et on a ensuite saturé l'excès d'acide nitrique par une dissolution très-pure de potasse; 7° On a eu ainsi une liqueur légèrement saline qui aux réactifs s'est comportée comme une solution d'acide arsénieux; elle s'est, par exemple, colorée en jaune par l'hydro-sulfate d'ammoniaque et une goutte d'acide hydrochlorique, et puis a repris sa transparence par l'ammoniaque caustique; 8° une portion de cette même solution a été précipitée par un excès de nitrate d'argent; ce précipité recueilli sur un filtre et lavé à l'eau distillée, du poids de 3 grains, a été trituré avec du charbon végétal bien pur et un peu de potasse; puis une partie de ce mélange ayant été chauffée dans un tube de verre, il a apparu à la surface interne du tube, comme un étamage léger qui, examiné au microscope, ressemblait à des lamelles et à des cristaux de forme tétraédrique, comme sont ceux de l'arsenic métallique; 9° Une portion de cet étamage est détaché avec une lime, mis avec de l'eau distillée dans un vase à réactif où l'on fait arriver d'autre part un courant d'oxigène; au bout d'un quart d'heure cet étamage a disparu; la liqueur est filtrée, évaporée aux trois quarts et se comporte par les réactifs comme les solutions d'arsenic. 10° Enfin une portion de la décoction signalée au n° 3, a été traitée par l'acide hydrosulfurique et quelques gouttes d'acide hydrochlorique; le précipité obtenu a été séché et brûlé dans un tube de verre, avec du charbon et de la potasse. Aux parois internes du tube s'est formé une couche miroitante légère; le tube a été mis avec de l'eau distillée dans un vase à réactif où l'on a fait passer d'autre part un courant d'oxygène : un quart d'heure après, la couche avait disparu, et la liqueur filtrée et évaporée aux trois quarts, s'est comportée aux réactifs comme des solutions d'arsénic.

M. Orfila a présenté cette intéressante observation en confirmation de ce principe émis par lui, savoir, qu'à l'exception de l'acide hydrochlorique, on peut retrouver après plusieurs mois et même plusieurs

années d'inhumation la substance vénéneuse, comme deux ou trois jours après la mort.

Cette communication amène une courte discussion. M. Pelletier doute que l'oxigène à froid puisse oxider l'arsénic métallique, comme l'annoncent les experts de Lyon ; mais M. Orfila répond qu'ayant vu cette oxidation se faire dans l'eau aux dépens de l'air qu'elle peut contenir, à plus forte raison doit-elle avoir lieu avec l'oxigène pur. Il est certain, ajoute-t-il, qu'en mettant de l'arsénic métallique dans une solution de sulfate de cuivre ammoniacal, la liqueur se colore promptement en vert. M. Caventou partage les doutes de M. Pelletier, fondé sur ce que Proust a dit que l'arsenic à l'air libre n'augmente pas de poids, ce qui prouve qu'il ne s'oxide pas ; M. Orfila réplique à cela que Proust a dit tout le contraire. M. Chevallier regrette que les experts n'aient pas mis un peu de la couche miroitante sur des charbons ardens pour signaler l'odeur d'ail propre à l'arsénic. M. Orfila fait observer que cette couche était en trop petite quantité et qu'il valait mieux en constater la nature par des épreuves chimiques que de s'attacher à l'odeur, caractère fugace et facile à induire en erreur, d'autant plus qu'il est commun à d'autres substances.

Sur la proposition de M. Double, l'académie nomme une commission pour vérifier si l'oxigène peut s'unir à froid à l'arsenic métallique.

Salicine. M. Devilliers communique une lettre de M. Gérardin, médecin à ....., lequel annonce qu'il a employé cette nouvelle substance contre les fièvres intermittantes, avec le même succès que le sulfate de quinine. M. Virey remarque à ce propos que M. Leroux, pharmacien à Vitry-le-Français, ne peut être considéré comme l'auteur de cette découverte : il assure que M. Buchner en Allemagne, et M. Rigatelli en Italie, avaient retiré l'un et l'autre la salicine de l'écorce du saule et en avaient fait usage contre les fièvres d'accès.

Méthode de M. Gondret. — M. Gondret a écrit au ministre pour demander qu'il lui soit accordé une salle dans un hôpital afin d'entreprendre une série d'expériences sur la valeur de sa méthode contre les maladies des yeux. Or, cette méthode c'est, si je ne me trompe, l'application sur la sinciput d'une pommade ammoniacale, sorte de diminutif du moxa. Quoi qu'il en soit, M. Baffos, chargé au nom d'une commission de préparer la réponse à son excellence, déclare son incompétence, fondé sur ce qu'il faudrait que l'académie commençât par faire elle-même des expériences, et pour cela il faut des malades qu'elle n'a pas. Cependant il demande qu'on adjoigne à la commission

ceux de MM. les membres de l'académie dont M. Gondret invoque l'autorité dans sa pétition, MM. Marjolin, Récamier, Piorry, Lisfranc. — M. Piorry dit n'avoir vu faire qu'un seul essai et qui n'a pas amené d'avantages durables. M. Lisfranc a trouvé le procédé de M. Gondret, qui n'a d'ailleurs rien de nouveau, tantôt utile et tantôt impuissant, comme tous les autres. Il n'est pas d'avis d'accueillir la demande de M. Gondret. M. Emery parle dans le même sens. M. Renauldin ne voit pas pourquoi on ne ferait pas pour M. Gondret ce qu'on a fait pour la lithotritie. Il y a pourtant un peu de différence; la lithotritie est une opération toute nouvelle; la méthode de M. Gondret est une vieillerie jugée de temps immémorial. M. Roux craindrait que l'exemple ne devînt funeste et profitable aux charlatans. Le rapport de M. Baffos est adopté.

Extirpation de l'os maxillaire. M. Lisfranc présente la femme à laquelle il a enlevé la totalité de l'os maxillaire supérieur, sauf le plancher de l'orbite et l'apophyse montante. La plaie réunie à l'aide de quelques points de suture, a été cicatrisée en cinq jours; le reste a été plus long. La malade se promenait au septième jour; elle est en ce moment parfaitement guérie; la difformité est peu sensible et se borne á un peu de dépression du côté opéré, il n'y a plus de paralysie des muscles de la face. Cette femme mange et boit facilement, la parole est nasonnée, mais il sera facile de porter remède à cet inconvénient par un obturateur.

Séance du 8 décembre 1829. — *Acide arsénieux.* — M. Orfila obtient la parole pour communiquer des expériences qu'il a faites dans la vue de dissiper les doutes qui ont été élevés dans la séance dernière sur la question de savoir si de l'arsenic métallique, mis dans de l'eau, se transforme en acide arsénieux quand on le soumet un quart d'heure et à froid à un courant de gaz oxigène. M. Orfila résout affirmativement la question d'après les faits suivans : 1° l'arsenic métallique exposé à de l'oxigène humide, se transforme en une masse noire de laquelle on retire de l'oxide blanc d'arsenic. M. Berzelius a dit que dans ces circonstances cent parties d'arsenic en absorbaient huit d'oxigène; 2° de l'arsenic métallique pulvérisé mis dans de l'eau aérée, devient, au rapport de M. Lassaigne, acide arsénieux, et M. Orfila, dans des expériences directes, a vu que la conversion de dix grains de métal était faite au bout de six heures. C'est aux dépens de l'oxigène de l'air, interposé entre les molécules de l'eau, que le métal s'oxide, car en faisant l'expérience avec de l'eau distillée dont on avait chassé l'air par l'ébullition, M. Orfila n'a obtenu aucun

atôme d'acide arsénieux même au bout de vingt-quatre heures; 3° M. Orfila a mis de l'arsenic métallique dans une solution de sulfate de cuivre ammoniacal exposée à l'air, et il a vu après quelques minutes la liqueur verdir et de l'arsénite de cuivre se précipiter; 4° ayant mis au fond d'une éprouvette cinq à six grains d'arsenic métallique et deux onces d'eau, et insuflé dans cette éprouvette de l'air expiré, en prolongeant l'insuflation dix à douze minutes, et de manière à ce que la poussière arsénicale fût incessamment soulevée, il a vu se former de l'acide arsénieux; 5° enfin en répétant cette expérience avec de l'oxigène, il a vu l'oxidation achevée au bout de neuf minutes. M. Orfila met sous les yeux de l'académie un dessin de l'appareil qu'il a employé pour ces deux dernières expériences. Il mentionne encore deux expériences qui éclairent l'histoire chimique et médico-légale de l'arsénic : 1° lorsqu'on veut retirer d'un arsénite ou d'un arséniate l'arsenic métallique, il faut le brûler mêlé avec du charbon dans un tube affilé à la lampe par une de ses extrémités; si le tube est ouvert, l'air atmosphérique qui pénètre oxide l'arsenic à mesure qu'il se volatilise, et ce n'est pas de l'arsenic pur qu'on obtient, mais de l'arsenic métallique mêlé de beaucoup d'acide arsénieux; 2° si on fait bouillir de l'arsenic métallique pur et récemment préparé dans de l'eau distillée, l'eau est décomposée; un de ses élémens, l'oxigène, s'unit à une portion du métal et fait de l'acide arsénieux qui reste en dissolution dans la liqueur; l'autre élément, l'hydrogène, s'unit à une autre portion du métal, et fait de l'hydrogène d'arsenic qui le précipite sous forme d'une poudre d'un brun terne. Ce dernier fait pourra servir en médecine légale, pour reconnaître que la couche métallique obtenue aux parois du tube où l'on a brûlé avec de la potasse et du charbon les précipités, est vraiment de l'arsenic.

M. Pelletier remercie M. Orfila des recherches par lesquelles il a mis fin aux doutes qu'il avait exprimés dans la dernière séance; et M. Delens dit qu'il n'y a plus lieu à maintenir la commission qui avait été instituée pour cet objet, et qui allait être convoquée. L'académie décide que cette convocation est en effet inutile.

Mémoires de M. Lemercier. — Rapport de MM. Delens et Boulay. — 1° M. Lemercier, médecin à Epernay, expose dans un de ses mémoires qu'en juillet 1829, cent cinquante personnes à peu près des communes de la Fère-Champenoise et de Sézanne, après avoir fait usage d'un sel probablement avarié, ont éprouvé des accidens qui consistaient en une sensibilité morbide à l'épigastre, envies conti-

nuelles de vomir, diarrhée muqueuse et même sanguinolente; chez quelques-uns, tension du ventre, bouffissure de la tête, inflammation de la conjonctive, enflure des extrémités inférieures, faiblesse générale, etc. Le sel employé avait paru aux malades avoir une mauvaise odeur; ils en avaient retiré une matière que M. Lemercier dit avoir mise sur sa langue, et qui lui causa une impression vive et brûlante avec une longue salivation; 2° M. Leroy de Bonneville, juge-de-paix à Sézanne, expose dans une lettre qu'à la suite de l'emploi d'un sel de mauvaise qualité, beaucoup d'habitans de Sézanne et de la Ferté-Gaucher ont éprouvé aussi des accidens consistant en douleurs à la plante des pieds, maux de tête, gonflement des yeux, etc. Ce magistrat a joint à sa lettre l'envoi d'une certaine quantité du sel suspecté; 3° enfin M. Commesny, pharmacien à Reims, annonce aussi que de semblables accidens ont été observés dans plusieurs communes du département de la Marne, et y ont atteint à peu près le sixième de la population. Il a examiné le sel suspecté, il y a distingué au milieu des cristaux cubiques ordinaires, des cristaux d'une forme irrégulière qu'il n'a pu déterminer, qui, vus à la loupe, offraient des grains rougeâtres, et qui, séparés et frottés entre les mains, dégageaient une odeur marécageuse. A l'analyse, il a trouvé ce sel contenant du chlorure de sodium, du brôme, du bromure de potassium, de la magnésie, de l'iode, de l'hydriodate de potasse et un peu de sulfate de chaux. Il a fait envoi aussi d'une certaine quantité de ce sel. La commission a analysé les sels envoyés par MM. Leroy et Commesny. Elle y a reconnu de même l'existence de l'iode, d'un hydriodate ioduré, puisque de l'acide sulfurique versé sur les cristaux du sel en dégageait d'abondantes vapeurs d'iode; elle évalue à un centième la proportion de cet hydriodate, qu'elle croit être de base de soude, et non de base de potasse, mais elle n'a pu trouver aucune trace de brôme ni de bromure. Elle rappelle un travail de M. Sérullas sur ce même sujet, qui a trouvé aussi dans des sels de commerce de l'hydriodate ioduré de soude. Elle attribue les accidens provoqués par l'emploi de ce sel, à ce que l'hydriodate qu'ils contiennent est de soude et non de potasse, à ce que ces hydriodates sont iodurés, et à ce qu'ils sont donnés sous forme solide et non en solution. Elle pense que la présence de cet hydriodate ordinairement étranger au sel marin, pourrait bien tenir, ou à ce qu'on évapore dans l'extraction du sel, l'eau salée à siccité, ou à ce que beaucoup de sels du commerce proviennent des salpêtrières. Elle juge qu'il serait utile 1° de faire essayer les sels qui sont en magasin, et cela en versant dessus un peu d'acide sulfurique pour voir s'ils dégageront des vapeurs

d'iode ; 2° de purifier ces sels en les exposant à l'air humide ou en les arrosant d'un peu d'eau et les laissant égoutter ensuite dans des tonneaux percés à la base.

Rapport de la commission de vaccine, par M. Emery. — M. Emery, au nom de la commission de vaccine, lit le projet de rapport au ministre sur les vaccinations pratiquées en France dans l'année 1828. Bien que la variole eût désolé, dans les deux dernières années, beaucoup des départemens de la France, la pratique de la vaccine, dit la commission, a été moins suivie que dans les années précédentes. Il faut en accuser, selon elle, 1° l'organisation non complète d'un grand nombre des comités de vaccine des départemens qui devraient se modeler sur ceux de l'Ardèche, de la Meurthe, du Morbihan, etc. ; 2° l'ignorance et l'incurie des citoyens, ignorance et incurie auxquelles il faudrait opposer des mesures coercitives ; 3° l'inertie et même l'opposition des administrations locales de plusieurs départemens, et ici la commission signale le département des Ardennes, où cinquante-cinq communes ont refusé les vaccinations ; dans le département de l'Allier, le desservant de Vipleix, les maires de Mesples et de Courcais, etc. ; 4° le défaut d'encouragemens accordés aux médecins vaccinateurs ; il n'a été dépensé dans toute la France, pour cet important objet, que 32,551 fr. La commission signale à la reconnaissance publique les administrateurs des départemens de la Meurthe et du Morbihan. Dans ce dernier département, le conseil-général a doublé les fonds alloués à la propagation de la vaccine ; un arrêté du préfet ordonne la vaccination de tous les enfans élevés dans les hospices, interdit aux instituteurs de recevoir dans leurs écoles aucun enfant non vacciné, prescrit à tout chef de famille dans la maison duquel éclatera la variole d'en faire aussitôt la déclaration à l'autorité municipale, et de l'annoncer au public par un écriteau placé sur la porte de la maison, etc. Il ne manque, dit la commission, à cet arrêté, qui se compose de vingt-sept articles, que d'y avoir compris les dispositions des lois sanitaires relatives à l'isolement et aux quarantaines, ainsi que cela est en Prusse. Du reste, dans quelques départemens on a sévi contre la variole, le nombre des vaccinations a beaucoup augmenté ; dans le département de la Manche, par exemple, il a été de 12,376, c'est-à-dire, de 9,839 de plus qu'en 1827. Néanmoins, il y a eu encore en cinquante-six départemens 23,897 variolés en 1828, dont 3,829 morts et 1,345 infirmes ou défigurés. La commission signale comme zélés propagateurs de la vaccine, M. Cochin, curé de Motte-

reau (Eure-et-Loir); les curés du Quartin, de Saint-Mangin (Puy-de-Dôme); M. Delalande, maire de Versailles; M. Barbet, maire à Jouy; M. Palet, maire à Meudon; M. de Jouvencel, député; MM. les docteurs Boucher (Seine-et-Oise); Robert, médecin du lazareth de Marseille; Labesque (Lot-et-Garonne); Honorat, à Digne; Burckard et Jean Roy, dans la Meurthe; Benoit (Isère); Perez (Orne); Parer et Oliva (Pyrénées-Orientales); Vernhes (Raymond) et Millon (Tarn); Lacassaigne et Danisan (Hérault); Fau (Arriège), et Nauche, à Paris. Après ces détails administratifs, la commission aborde quelques questions scientifiques; les épidémies varioliques, qui ont régné en France en 1828, ont servi à confirmer la puissance préservative de la vaccine; par la vaccine en effet on est parvenu à arrêter ces épidémies en plusieurs pays, dans la Haute-Saône, par exemple, à Ribiers (Hautes-Alpes); à Rocroy (Ardennes); dans le département de la Moselle, etc., etc. Ce n'est pas que quelques vaccinés n'aient été atteints dans ces épidémies; mais, ils n'ont eu généralement qu'une varioloïde, et on l'a observée de même chez des varioleux. Si dans l'épidémie de Marseille, des malades atteints de varioloïde ont péri, il faut moins en accuser cette maladie qu'une fièvre typhoïde qui était venue la compliquer à cause de l'infection des lieux habités par les malades; la plupart des médecins-vaccinateurs de France s'accordent, cette année, à proclamer la bénignité de la varioloïde. MM. Robert, oncle et neveu, et Revarst, de Marseille, non-seulement ont inoculé la varioloïde comme l'avait déjà fait M. Guillou de Saint-Pol; mais ils ont cherché à ramener à l'état de virus vaccinal le virus de la variole et de la varioloïde en les mélangeant avec du lait; dans treize inoculations faites avec ce virus, ainsi adouci par du lait de vache, ils n'ont eu qu'une éruption locale semblable en tout à celle de la vaccine. La commission reproduit l'opinion déjà exprimée dans le rapport de l'an dernier, que la varioloïde n'est qu'une manière d'être de la variole. Au soupçon élevé par quelques médecins que le vaccin a dégénéré et aurait besoin d'être repris à sa source dans le Cowpox, elle oppose les opinions de MM. Honorat, à Digne; Robert, à Marseille; Duret, d'Annonay, qui assurent avoir observé que les individus nouvellement vaccinés étaient moins sujets à contracter la varioloïde ou au moins en avaient une plus discrète. Elle cite aussi cette opinion de M. Robert, que plus le travail vaccinal a eu de développement, plus l'on est préservé de la variole. Elle termine en désignant les médecins qui lui ont paru dignes des récompenses fondées par Sa Majesté, et dont voici les noms:

PREMIER PRIX

Est partagé entre

MM. Burckardz, médecin à Fénestrange (Meurthe), et Nedey, médecin à Vezoul (Haute-Saône).

Médailles d'or.

MM. Benoit, officier de santé à Grenoble (Isère); Fau, médecin à Lanclavet (Arriège); Honorat, médecin à Digne (Basses-Alpes); Robert, médecin à Marseille (Bouches-du-Rhône).

Médailles d'argent.

DÉPARTEMENS.	NOMS des VACCINATEURS.	QUALITÉS.	RÉSIDENCES.
Allier.	Millet.	Médecin.	Moulins.
	Marnier.	Médecin.	Castel.
Alpes (Basses).	Simon.	Chirurgien.	Castellanne.
	Hugony.	Offic. de santé.	Blieux.
Alpes (Hautes).	Bonnety.	Offic. de santé.	Ribiers.
Ardennes.	Meigeot.	Chirurgien.	Juinville.
	Mme Suetin.	Sage-femme.	Carignan.
Aube.	Vuafflard.	Offic. de santé.	Villemaur.
Aveyron.	Ancessi.	Médecin.	Saint-Affrique.
	Laquerbe.	Médecin.	Saint-Geniez.
Bouc.-du-Rhône.	Dugas.	Médecin.	Marseille.
	Fabre.	Chirurgien.	Marseille.
Charente.	Bourgeois.	Chirurgien.	Verteuil.
Charente-Infér.	Cacault.	Médecin.	Saint Pierre.
	Hervé.	Médecin.	Grezac.
Cher.	Mme Boulet-Poupat	Sage-femme.	Henry-Chemont
	Poupaille.	Offic. de santé.	Sens Beaujeu.
Corse.	Graziani.	Médecin.	Canale.
Côte-d'Or.	Bolut.	Médecin.	Auxonne.
	Duret.	Médecin.	Nuits.
Côtes-du-Nord.	Mellet.	Offic. de santé.	Broons.
	Gueguen.	Médecin.	Loudéac.
Eure-et-Loir.	Mme Bucheron.	Sage-femme.	Châteaudun.
	Cochin.	Curé.	Mottereau.
Garonne (Haute).	Cayrel.	Chirurgien.	Toulouse.
	Boubée.	Chirurgien.	Gensac.

DÉPARTEMENS.	NOMS des VACCINATEURS.	QUALITÉS.	RÉSIDENCES.
Gers.	Sentex.	Chirurgien.	Auch.
	Labat.	Médecin.	Saint-Puy.
Gironde.	Delamothe.	Médecin.	Bordeaux.
Hérault.	Danian.	Médecin.	Lodève.
	Lacassaigne.	Médecin.	Lodève.
Indre.	Decerfz.	Médecin.	La Châtre.
	Pignot.	Médecin.	Issoudun.
Isère.	Druge.	Médecin.	Vienne.
	Aragon.	Médecin.	Au bourg d'Oisan.
Jura.	Cornmoy.	Offic. de santé.	Morez.
	Pyot.	Médecin.	Clairvaux.
Loire.	Girard.	Offic. de santé.	Lechambon.
	Thomas.	Médecin.	La ville S.-Etienne
Loir-et-Cher.	Bretheau.	Médecin.	Saint-Aignan.
	Gendron.	Médecin.	Vendôme.
Loiret.	Petit.	Médecin.	Montargis.
Lot.	Armand.	Médecin.	Salviac.
Lot-et-Garonne.	Labesque.	Médecin.	Agen.
	Crebessac.	Médecin.	Tonneins.
Maine-et-Loire.	Beille.	Chirurgien.	Beaufort.
Manche.	Bonnet.	Médecin.	Coutances.
	Lefèvre.	Médecin.	Carantan.
Marne.	Castel.	Chirurgien.	Sermaise.
Marne (Haute).	Lecomte.	Médecin.	Charlevraines.
	Pierret.	Médecin.	Chaumont.
Mayence.	Delatouche.	Médecin.	Evron.
Meurthe.	Jeanroi.	Offic. de santé.	Nancy.
	Guipan.	Offic. de santé.	Phalsbourg.
Meuse.	Lombal.	Offic. de santé.	
Morbihan.	Glottin.	Médecin.	Lorient.
	Nayel.	Offic. de santé.	Au Favouët.
Moselle.	Doldé.	Offic. de santé.	Rosbach.
	Ving.	Offic. de santé.	Rouvay.
Nord.	Demay.	Offic. de santé.	Watuclos.
	Hibon.	Offic. de santé.	Dunkerque.
	Demortain.	Médecin.	Lille.
Oise.	Lavetison.	Médecin.	Crépy.
Orne.	Perrez.	Médecin.	Domfront.
Pas-de-Calais.	Austreberthe-Coquet.		Balinghem.
	Mme Wallet.	Sage-femme.	Boulogne.
Puy-de-Dôme.	Couchet.	Offic. de santé.	Clermont.
	Mme Sabatier.	Sage-femme.	Murols.
Pyrénées-Orient.	Parer.	Médecin.	Ille.
	Oliva.	Médecin.	Saillagouse.
Rhin (Bas).	Schumacher.	Médecin.	Wasselonne.
	Schemitt.	Médecin.	Bischwiller.

DÉPARTEMENS.	NOMS des VACCINATEURS.	QUALITÉS.	RÉSIDENCES.
Rhin (Haut).	Birqui.	Offic. de santé.	Oberhergheim.
	Richard.	Médecin.	Colmar.
Sarthe.	Germain.	Offic. de santé.	Ecommoy.
	Dagron.	Offic. de santé.	Saint-Côme.
Saône (Haute).	Buisson.	Médecin.	Lure.
Seine.	Nauche.	Médecin.	Paris.
	Goubault.	Médecin.	Vincennes.
Seine-Inférieure.	Leplay.	Médecin.	Cany.
	Delahaye.	Médecin.	Greville.
Seine-et-Marne.	Gillet.	Médecin.	Melun.
	Guillon.	Médecin.	Montereau.
Seine-et-Oise.	Boucher.	Médecin.	Versailles.
	Benard.	Curé.	Sagy.
Sèvres (Deux).	Audebert.	Chirurgien.	Thouars.
	Géraudeau.	Offic. de santé.	Montcoutau.
Tarn.	Vernhes (Raym.).	Médecin.	Rabasteins.
	Millon.		Sarèze.
Tarn-et-Gar.	Cogoreux.	Médecin.	Réguier.
	Daudibertières.	Médecin.	Saint-Projet.
Var.	Baume.	Médecin.	Rians.
	Girard.	Médecin.	Perpignan.
Vaucluse.	Dugat.	Médecin.	Orange.
	Valon, fils.	Médecin.	Carpentras.
Vienne.	Thiaudière.	Chirurgien.	Gençay.
Vienne (Haute).	Barny.	Pharmacien.	Limoges.
	Lachâtre.	Pharmacien.	Saint-Yrieix.
Vosges.	Lotz.	Médecin.	Saint-Dié.
	Grandelunde.	Médecin.	Remiremont.

MM. Désormeaux, Chomel et Villermé demandent la parole sur ce rapport; mais l'heure étant avancée, la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

Séance du 15 *décembre* 1829. — *Rage*. — Lecture d'une lettre de M. Pravaz, par laquelle ce médecin annonce qu'il a fait essai à l'école vétérinaire d'Alfort, contre le virus rabique, des moyens mécaniques propres à prévenir l'absorption des virus en général: 1° deux chiens sont inoculés avec la bave d'un autre chien enragé, et qui meurt de cette maladie douze heures après l'inoculation; l'un des chiens inoculés est laissé à lui-même et meurt de la rage vingt-sept jours après. On cautérise les plaies de l'autre chien avec une pile galvanique dont on continue l'action jusqu'à ce que les plaies qui étaient saignantes soient sèches; on remarque à leur surface une effervescence assez grande des liquides; l'animal éprouve une vive douleur, mais il est préservé. M. Pravaz

pense que le galvanisme, outre qu'il neutralise le virus à la surface des plaies, prévient son absorption en déterminant une stase des fluides dans le système capillaire. Il préfère le galvanisme au cautère actuel ou potentiel, en ce que son emploi est moins effrayant et applicable à toutes les espèces de plaies, et parce qu'il est plus facile par la durée de son application d'en apprécier l'énergie. 2° Deux brebis sont inoculées avec le mucus pris sous la langue d'un chien mort de la rage depuis douze heures; une d'elles est traitée par le lavage pratiqué à l'aide de la ventouse à injection, et n'est pas atteinte; l'autre brebis abandonnée à elle-même n'est pas plus saisie de la rage. Bien que cette deuxième expérience n'ait donné aucun résultat, M. Pravaz conjecture que le virus rabiéique ne conserve pas long-temps après la mort sa propriété contagieuse et la perd après un petit nombre de transmissions successives. M. Pravaz demande que sa lettre soit renvoyée à la commission qu'a instituée l'académie, pour juger des effets des chlorures sur les plaies envenimées; quelques membres demandent le renvoi à la commission instituée pour faire des recherches sur la rage; le vœu de M. Pravaz est accueilli.

Rapport de la commission de vaccine. — L'assemblée reprend la discussion du rapport de la commission de vaccine, touchant les vaccinations pratiquées en France en 1828. — M. Désormeaux appelle l'attention sur l'assertion émise par la commission, que la varioloïde a transmis soit par inoculation, soit par contact, la variole; il craint que dans la pensée d'un public non éclairé, cette assertion ne nuise à la pratique de la vaccine que l'on avoue ne pas préserver de la varioloïde. — M. P. Dubois remarque que dans le rapport fait par la commission en 1826, cette assertion a déjà été exprimée et consacrée par l'adoption de l'académie. — M. de Kergaradec combat l'assertion en elle-même et sur l'autorité de M. Guillou de S. Pol, qui le premier a inoculé la varioloïde, et sur celle de plusieurs médecins de Paris, qui ont répété ces inoculations; il conteste que jamais la varioloïde ait donné naissance à une affection autre que la varioloïde. — M. Salmade attaque cette autre assertion, que la varioloïde ne soit qu'une manière d'être de la variole. — M. le rapporteur garantit que les faits fournis à la commission par la correspondance prouvent jusqu'à l'évidence : 1° que la varioloïde a engendré en quelques cas la variole. 2° Que cette varioloïde est une manière d'être de la variole. — MM. Keraudren et Nacquart remarquent qu'il est inutile de conserver ces conclusions scientifiques qui terminent le rapport; conclusions dont quelques membres contestent la justesse et dont d'autres croient la pu-

blicité dangereuse. Mais l'académie consultée, la majorité se prononce pour la conservation de ces conclusions qui sont comme le résumé du rapport. — MM. Chomel et Moreau désirent que le rapport exprime plus de blâme sur ces expériences, par lesquelles on a inoculé le virus de la varioloïde au lieu du virus vaccin, ou les virus de la varioloïde et de la variole, adoucis avec du lait, dans l'espérance de les ramener ainsi à l'état du virus vaccin: ces expériences, disent ces membres, peuvent bien éclairer la question pathologique de savoir si le vaccin, la varioloïde et la variole sont des affections de même nature; mais elles compromettent les destinées de la vaccine, et ne tendent à rien moins qu'à ramener à la pratique bien moins utile de l'inoculation. L'académie approuve ces remarques qui sont adoptées par le rapporteur. Après cette discussion, le rapport est mis au voix et adopté.

Bustes. — M. Chomel, au nom d'une commission instituée à l'effet de juger de la convenance d'admettre dans les salles de l'académie les bustes de six de ses membres décédés, savoir: Hallé, Corvisart, Percy, Laennec, Chaussier et Vauquelin, propose cette admission.

La commission exprime en même temps le vœu que cet honneur soit désormais entouré de quelques formalités destinées à en doubler le prix, et elle indique les trois suivantes: 1° qu'on ne puisse proposer l'admission d'un buste que cinq ans après la mort de l'académicien; 2° que cette proposition soit renvoyée à l'examen d'une commission composée de cinq membres nommés au scrutin à la majorité absolue des membres présens; 3° que l'académie vote sur le rapport de cette commission au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présens.

Une discussion s'engage sur ce rapport. M. Roux veut qu'on réduise à trois ans le délai avant lequel aucun buste ne pourra être voté. M. Rochoux, au contraire, veut qu'on le prolonge jusqu'à dix ans. M. Bagnéris voudrait que l'inauguration du buste d'Hippocrate, renommé à si juste titre le père de la médecine, précédât celle de tous les autres bustes demandés. M. Désormeaux fait remarquer que l'académie a deux questions distinctes à agiter, celle de l'admission des six bustes proposés et celle relative aux formalités à suivre pour l'avenir. M. Adelon demande que l'académie ne se prononce en ce moment que sur la première de ces questions, et que sans improviser ce qui a trait à la seconde, elle en renvoie l'examen à la commission des réglemens. M. Girard pense au contraire qu'il faut d'abord arrêter les mesures générales avant que d'en faire les applications particulières,

et adoptant l'idée du renvoi de la deuxième question à la commission des réglemens, il demande l'ajournement sur la première. M. Adelon réplique que c'est soumettre à un effet rétroactif, des propositions qui portent d'ailleurs sur des hommes dont les noms européens sont une illustration incontestable pour l'académie. Néanmoins, les deux questions sont renvoyées à la séance prochaine.

Anatomie pathologique. — M. Amussat présente les organes génitaux et urinaires d'une femme qui a succombé à une affection cancéreuse de la vessie. Cette femme fut atteinte, à quarante-deux ans, d'une affection dartreuse qui couvrit presque la totalité du corps, et qui dura un an; à quarante-huit ans, survint une maladie des voies urinaires; la sécrétion urinaire s'exerçant avec peine, fournissait une matière d'une consistance analogue à celle du blanc d'œuf, s'accompagnait d'hémorragie par l'urètre, avec douleurs très-aiguës dans le bassin, au-dessus des pubis, dans le pli de l'aine. Une application de sangsues sur ces parties amena constamment du soulagement, le cathéterisme produisait toujours de très-vives douleurs, une petite tumeur fongueuse située à l'orifice de l'urètre, fut excisée au mois de juin dernier; bientôt la fièvre se déclara, du pus sanguinolent apparut dans l'urine, un abcès se forma à la fesse, la femme tomba dans le marasme et mourut à cinquante ans; au toucher par le vagin, une tumeur nouvellement formée était sentie entre l'utérus et la vessie ou dans l'épaisseur de la matrice.

La nécropsie a fait trouver 1° un cancer de la vessie, sorte de champignon cérébriforme qui paraissait double, dont une moitié occupait la partie antérieure de l'organe près l'urètre, et dont l'autre siégeait dans la partie postérieure du bas fond de la vessie; les parois étaient hypertrophiées et la muqueuse violette et remplie de veines variqueuses. 2° Le rein droit atrophié avait son artère dilaté au point de contenir le doigt annullaire. 3° L'utérus était sain, mais presque entièrement détruit dans sa partie antérieure; qui correspondait au cancer vésical, sa cavité était petite et oblitérée dans toute l'étendue du col. 4° La vésicule biliaire contenait quatre petits calculs; les canaux biliaires étaient dilatés, et offraient manifestement des fibres charnues. M. Amussat cite, à l'occasion de cette pièce, le fait d'une jeune fille de dix-huit ans, morte d'une affection tuberculeuse du rein, chez laquelle cette affection empêcha le développement d'une phthisie pulmonaire et ne s'annonça que par un catarrhe aigu de la vessie.

Séance du 22. Elle est employée tout entière à l'élection des officiers de la compagnie pour 1830. M. Double est nommé président

annuel; M. Dubois, vice-président; M. Mérat, trésorier. La nomination de M. Double à la présidence, laissant une place vacante dans le conseil, on procède à son remplacement, et M. Louyer-Villermay obtient la majorité des suffrages.

Le conseil d'administration est composé ainsi qu'il suit : M. Portal, président d'honneur perpétuel; M. Double, président annuel; M. Dubois, vice-président; M. Pariset, secrétaire perpétuel; M. Mérat, trésorier; M. Landré-Beauvais, doyen de la faculté; M. Bousquet, secrétaire du conseil, et MM. Husson et Louyer-Villermay.

Séance du 29. — M. Menou, médecin à Tours, écrit une lettre à l'académie pour réclamer contre les assertions émises par M. Trousseau au sujet de son mémoire sur la *diphtérite*. Ayant inséré ce travail dans un de nos derniers numéros, nous devons à l'auteur et à la justice de reproduire ici sa lettre tout entière au lieu d'une courte analyse :

« Monsieur le président, lorsque je publiai dans la revue médicale, quelques observations sur le traitement de la diphtérite, je ne m'attendais pas à être, pour ainsi dire, traduit devant l'académie pour justifier mes opinions. Cependant, j'ai appris par les journaux, que M. le docteur Trousseau avait, au sein de l'illustre société dont vous êtes le président, réclamé contre mes assertions et émis des doutes sur la vérité des faits que j'ai avancés. Comme il s'agit de l'intérêt de la science et de la vérité, je romps un silence que j'aurais gardé si mon amour propre eût seul été intéressé dans la question. Je prie donc l'académie de vouloir bien me permettre de l'entretenir encore d'un sujet qui a été discuté devant elle un si grand nombre de fois. Je serai bref pour ne pas abuser de sa bienveillance et de son attention.

» 1°. M. Trousseau prétend que je n'ai pas traité trois cents malades atteints de diphtérite, et il se fonde sur ce que M. Bretonneau, médecin de l'hôpital de Tours et des épidémies, qui, selon lui, jouit dans le département d'Indre-et-Loire d'une confiance universelle et exclusive pour les maux de gorge, n'en a pas traité trois cents. — J'ignore quel est le nombre des malades traités par M. Bretonneau, mais il me semble que M. Trousseau, qui a cru devoir prendre si chaudement la défense de son maître que je n'avais pas pensé à attaquer, aurait pu, avant de me démentir aussi formellement, prendre des informations que ses relations dans la Touraine lui auraient rendues très-faciles. Il eût appris, s'il eût consulté les maires et les habitans des communes dans lesquelles a sévi l'épidémie, que j'ai été appelé très-fréquemment dans ces communes, et qu'il n'est pas imposible que j'aie traité

trois cents malades. Il se serait convaincu qu'il n'est pas indispensable d'être envoyé par le préfet pour inspirer de la confiance, et que si l'estime dont M. Bretonneau jouit dans notre département est universelle, elle n'est pas du moins exclusive.

» 2° Selon M. Trousseau, il est impossible que je n'aie perdu que six malades, et pour le prouver, il *se contente de dire* qu'il ne connaît pas de maladie aiguë aussi souvent mortelle que la diphtérite lorsqu'elle n'est pas traitée topiquement. Loin de penser comme M. Trousseau que l'angine membraneuse est presque toujours mortelle lorsqu'elle n'est pas traitée topiquement, je crois, et ma pratique me l'a prouvé; qu'elle ne l'est jamais ou presque jamais lorsqu'on lui oppose un traitement dérivatif énergique. Mon opinion sur la gravité de la diphtérite, est conforme à celle que M. le professeur Cayol a émise, il y a environ cinq mois, au sujet d'une malade qui se trouvait dans les salles de clinique de l'hôpital de la Charité. M. Bretonneau, alors à Paris, et consulté par M. Cayol, reconnut l'identité de la maladie avec la diphtérite de la Touraine; il annonça une mort très-prochaine. M. Cayol porta un pronostic moins fâcheux, et comme il l'avait prévu la malade guérit en peu de temps. Si ce savant professeur eût traité cette diphtérite topiquement, il est fort possible que le pronostic, porté par M. Bretonneau, eût été confirmé. Quant à moi, malgré l'incrédulité de M. Trousseau, j'affirme de nouveau, que le nombre des malades atteints de diphtérite dont j'ai à regretter la perte durant le cours de l'épidémie, n'excède pas six, et je défie formellement qu'on puisse en citer un plus grand nombre.

» 3° N'est-il pas plus probable, dit M. Trousseau, qu'il y a eu de la part de M. Menou erreur de diagnostic? — Je demanderai à mon tour à M. Trousseau, si dans une épidémie qui frappait un si grand nombre d'individus, il était possible de ne pas reconnaître la maladie régnante, surtout lorsque cette maladie a des caractères aussi tranchés que la diphtérite. D'ailleurs, les malades que j'ai traités habitaient les mêmes villages, souvent les mêmes maisons que ceux auxquels M. Bretonneau donnait des soins, et étaient par conséquent soumis aux mêmes causes; les symptômes qu'ils présentaient étaient les mêmes que ceux que M. Bretonneau a si bien décrits; comment alors se tromper? Je pourrais citer un grand nombre de faits, mais je me bornerai à un seul pour ne pas fatiguer l'attention de l'académie : deux enfans de la famille Chronier, à la Membraule, sont atteints de diphtérite; un médecin, que je pourrais nommer, les traite par la cautérisation, et malgré cela les deux malades meurent. Les deux autres enfans de la

même famille sont pris quelques jours après de la même maladie : les parens effrayés me font appeler, je soumets les deux malades au traitement dérivatif, et tous deux guérissent promptement.

» 4° Enfin, M. Trousseau dit, que, d'après le témoignage de plusieurs médecins du Blaisois, du Berri, de l'Orléanais, etc., les révulsifs et les purgatifs n'ont été d'aucune utilité et n'ont pas empêché la fausse membrane de pénétrer dans les voies aériennes, lorsqu'un autre traitement n'avait pas été mis en usage. Cette assertion pourrait prouver contre ce que j'ai avancé, si M. Trousseau indiquait les révulsifs qui ont été employés, ainsi que le nombre et la dose des purgatifs qui ont été administrés. Pour moi, je suis bien convaincu que le peu de succès qu'on a retiré de ce mode de traitement tient à ce qu'on l'a employé avec trop de timidité et pas assez de persévérance, et je n'ai tant insisté sur son utilité que par ce que j'ai la persuasion intime que l'épidémie de la Touraine aurait été beaucoup moins meurtrière, si le traitement topique n'avait pas été si généralement suivi.

» Agréez, M. le président, etc. »

Le reste de la séance est consacré à la lecture d'un rapport sur la convenance d'admettre ou de ne pas admettre le vice-président dans le conseil d'administration, ce qui cependant ne peut guère faire une difficulté ; car le vice-président remplaçant le président en cas d'absence, il en résulte que s'il faisait de droit partie du conseil, il y tiendrait deux places, ou mieux la place de deux, puisqu'il priverait un autre membre de l'honneur d'y siéger. Aussi, le rapport établit-il que le titre de vice-président n'est ni un motif d'admission, ni un motif d'exclusion, et l'académie est bien la maîtresse de le nommer membre du conseil, mais cette nomination est indépendante de la première, et doit être l'objet d'une seconde élection.

On revient ensuite sur la proposition de placer les bustes de six membres décédés, Corvisart, Percy, Hallé, Laennec, Chaussier et Vauquelin, dans la salle des séances. Au premier abord, rien de plus naturel que cette proposition, et l'on ne comprend même pas qu'on puisse la mettre en question ; mais il en est autrement quand on réfléchit aux conséquences : rendra-t-on cet honneur à tous les membres de l'académie ? si vous faites des exceptions, c'est une injure à la mémoire du défunt, une injure à sa famille ; si vous accordez le même honneur à tout le monde, c'est une distinction qui n'en sera plus une. La discussion sera reprise dans la séance suivante.

PRIX.

L'Académie des sciences, arts et belles-lettres, de Dijon, propose pour prix la question suivante :

« Présenter une théorie satisfaisante des changemens de température, soit en plus, soit en moins, qui accompagnent les actions chimiques. »

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 300 fr. Les mémoires devront être déposés au secrétariat de l'Académie, au plus tard, le 1er juin 1831.

— La Société de Médecine du département de la Seine, dans sa séance du 15 décembre 1826, remet au concours la question suivante, proposée pour sujet d'un prix à décerner au meilleur Mémoire envoyé avant le 31 octobre 1831 :

« Déterminer par l'observation clinique, par des recherches d'anatomie pathologique, ou par une suite d'expériences, l'état du sang dans les maladies.

» Indiquer parmi les altérations dont le sang est susceptible, celles qui sont primitives, celles qui sont secondaires, et le rôle que les unes et les autres jouent dans les maladies.

» La Société reconnaissant combien la solution de cette question, embrassée dans toute son étendue, peut offrir de difficultés et exiger de travaux, a décidé qu'elle admettrait au concours des Mémoires où le sujet ne serait traité que dans quelques-unes de ses parties ; soit parce que leurs auteurs n'y auraient décrit que l'un des modes d'altération du sang, soit parce qu'ils n'auraient étudié ce même fluide que dans une seule maladie.

» Elle se réserve toutefois, d'après l'importance de ces travaux, ou de les faire participer au prix, ou de les récompenser par des médailles. »

Les Mémoires seront adressés, dans les formes académiques, à M. Nacquart, secrétaire-général de la Société, rue Sainte-Avoye, n° 39, avant le 31 octobre 1831.

VARIÉTÉS.

POLÉMIQUE MÉDICALE ET PHILOSOPHIQUE.

En déclarant, dans le prospectus de cette année, que, loin de redouter la discussion publique de nos principes et de nos doctrines médicales, nous l'appelons au contraire de tous nos vœux comme le seul moyen de faire triompher la vérité, où qu'elle soit, de quelque part qu'elle vienne, nous avons pris l'engagement de ne laisser sans réponse aucune des objections qui nous seraient présentées. C'est cet engagement que nous commençons à remplir aujourd'hui en relevant quelques observations critiques, les seules qui jusqu'ici soient parvenues à notre connaissance.

Le premier contradicteur qui se présente est un journal (1) qui, jeune encore, signale ses premiers pas dans la carrière par une honorable tendance à secouer le joug des préjugés contemporains et à sortir de la routine matérialiste. On peut déjà pressentir, d'après ce seul énoncé, que nous ne voyons pas en lui un adversaire, mais un esprit libre et indépendant, qui, cherchant comme nous la vérité de bonne foi, et professant au fond les mêmes principes, n'a pas encore compris l'application que nous voulons faire de ces principes à la science médicale. Nous sommes loin de lui en faire un reproche: cela tient peut-être à ce que *la Revue* ne s'est pas encore expliquée complètement sur quelques points qui ne pouvaient être approfondis dans le prospectus. Ces explications et leurs développemens ne sont pas d'ailleurs l'affaire d'un jour. Aussi *la Clinique* s'empresse-t-elle de dire qu'avant de juger *il est juste d'attendre*. Cependant, tout en donnant des éloges à notre prospectus, elle lui reproche de *laisser du vague dans l'esprit*. Si telle était en effet l'impression qu'il a faite ou qu'il doit faire sur la généralité des lecteurs nous aurions manqué notre but; mais nous ne le croyons pas. Ce que nous avons voulu dire

(1) *La Clinique*, annales de médecine universelle, numéro du 27 janvier.

nous l'avons dit avec assez de netteté et de *franchise* pour ne laisser aucun doute sur nos opinions. Après avoir caractérisé d'une manière générale les faux systèmes, nous avons avancé comme autant de faits historiques, 1° que depuis Hippocrate la médecine s'est toujours montrée trop docile à subir le joug des divers systèmes philosophiques qui ont régné tour à tour dans les écoles; 2° que la philosophie du siècle dernier, d'abord sensualiste et ensuite exclusivement matérialiste, a été l'origine et la véritable cause de la domination anatomique; 3° que de nos jours, et depuis quelques années surtout, le matérialisme perd de plus en plus de son empire dans le monde philosophique, et qu'enfin il n'a plus maintenant qu'un reste de vie prêt à s'éteindre; 4° que, par une conséquence nécessaire, la philosophie médicale, jusqu'ici purement anatomique, c'est-à-dire matérialiste, se trouve ébranlée dans ses fondemens; 5° que l'état actuel des esprits en medecine est, de l'aveu de tout le monde, cet état de malaise, de fluctuation et d'anarchie qui se manifeste toujours après la chute d'un faux système, lorsque de toutes parts on est tourmenté du besoin de retrouver des vérités générales et une doctrine commune qui remplace celle dont on est désabusé.

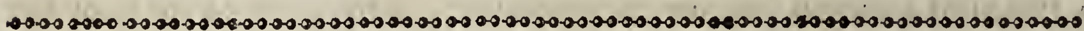
De ces faits historiques, qu'on pourra contester, mais qui sont bien avérés pour nous, *la Revue* conclut que le moment est venu pour la médecine de s'affranchir entièrement des préjugés matérialistes, de renouer la chaîne des temps anciens aux temps modernes, d'agrandir le champ de l'observation, de ne plus concentrer toutes ses études sur le cadavre, mais d'accepter franchement pour sujet de son observation l'homme tel qu'il est, l'homme tout entier, l'homme vivant, pensant, agissant et réagissant d'après les lois de sa nature contre toutes les causes de trouble et de destruction.

Telle est la substance de notre prospectus. *La Clinique* n'attaque ni les conclusions ni les prémisses; mais elle ne conçoit pas que nous annoncions l'intention *de coordonner les faits suivant leurs rapports naturels et leur degré d'importance, en remontant toujours des effets aux causes, ce que n'ont jamais fait les systèmes que nous combattons.* « Chose singulière! s'écrie-t-elle; ce passage annonce » que *la Revue* suivra la voie d'induction, de synthèse rationnelle, » qui a donné lieu à tous les systèmes, à toutes les erreurs des temps » modernes et de tous les temps, et elle prétend faire ce que n'ont » jamais fait les systèmes qu'elle combat.... » Nos lecteurs ne pourraient assurément pénétrer le sens profond de cette critique, si nous ne commencions par leur en donner la clef. C'est que *la Clinique* est

préoccupée d'un système qu'elle a décoré du nom d'*universalisme*, et dont elle fait le *criterium* de toute doctrine scientifique. Hors de l'*universalisme* point de vérité, point de certitude. Tout ce qui n'est pas *universel* est *rationnel*, c'est-à-dire fondé sur la raison individuelle qui n'a ni autorité ni certitude. Tous les faux systèmes ne sont tels que parce qu'ils reposent sur une base rationnelle. D'où il suit que pour édifier une bonne doctrine médicale, il ne faudrait pas se servir de sa propre raison, mais de la raison universelle. *La Clinique* nous apprendra sans doute cette nouvelle manière de raisonner. En attendant, il faut bien qu'elle nous permette de raisonner avec notre raison, et de juger avec notre jugement. Nous aurons cela de commun, il faut bien en convenir, avec les auteurs systématiques même les plus absurdes que nous combattrons. Si c'est là ce que *la Clinique* a voulu dire, nous passons volontiers condamnation sur sa critique. Si elle a voulu dire seulement que notre raison et notre jugement ne sont pas infaillibles, que nous devons nous en défier, et que nos opinions particulières n'auront quelque valeur qu'autant qu'elles seront confirmées par l'observation et l'expérience générales, nous sommes encore de son avis; et qu'avons-nous dit autre chose en déclarant que nos doctrines n'auraient pour objet que de *formuler les résultats de l'expérience et de l'observation?* Ce n'est pas seulement de notre observation et de notre expérience individuelles que nous avons voulu parler, puisque nous avons dit « qu'il s'agissait de rassembler et de réduire en corps de doctrine » ces vérités générales, fruit de l'expérience de tous les siècles, de » tous les pays, de l'humanité tout entière, ces vérités qui n'appar» tiennent à aucun homme en particulier, mais qui sont du domaine » commun, ces vérités que tous les systèmes exclusifs et préconçus » ont eu le tort de négliger, de méconnaître ou de nier, ces vérités » enfin qui ont toujours guidé, même à son insu, tout médecin pra» ticien, et qui constituent sa véritable science. »

On voit par ce qui précède que *la Clinique* a embrassé la philosophie de M. de La Mennais, quoique le nom de ce grand écrivain ne se trouve pas dans ses colonnes. Mais nous croyons qu'elle n'a pas bien compris cet ordre d'idées dans toutes ses parties, et notamment dans ses applications aux doctrines scientiques, à moins toutefois qu'elle n'ait eu l'intention de le modifier. Nous ne voyons pas, d'après ce qu'elle a publié jusqu'ici, comment elle en fera l'application à la médecine proprement dite, c'est-à-dire à la nosologie et à la thérapeutique. Mais il lui reste encore sans doute beaucoup à dire, et nous avouerons à notre tour *qu'il est juste d'attendre*.

De *la Clinique* aux *Annales de la médecine physiologique* la transition est un peu brusque : ce sont des allures et des habitudes intellectuelles fort différentes. Nos lecteurs connaissent depuis long-temps le langage et la manière de discuter des *Annales*. Ils ne seront pas étonnés d'apprendre que le cahier de décembre contient quelques nouvelles injures contre *la Revue* dans l'article intitulé : *Examen critique des opinions médicales du jour.* « *La Revue*, y est-il dit, malgré » son dévouement pour la bonne cause ne sait plus où donner de la » tête..... On peut lui pardonner ses mensonges et ses calomnies..... » D'ailleurs quand on travaille dans l'intérêt d'une certaine compagnie » sacerdotale, on n'a plus d'inquiétude sur l'absolution.... » Que répondre à de tels argumens? Qu'il faut plaindre ceux qui se croient obligés de s'en servir. Nous ne les relevons encore cette fois que pour donner à messieurs des Annales un conseil dont nous désirons sincèrement qu'ils fassent leur profit. Qu'ils regardent seulement ce qui se passe autour d'eux : ils verront qu'un grand changement s'opère dans les esprits. La génération qui s'élève a quelque chose de grave et de sérieux jusques dans ses écarts et dans ses folies. On ne tranche plus les questions philosophiques avec des quolibets ou des impertinences. Le *Voltairisme* a fait son temps, et n'a plus aucun crédit ; il faut de nos jours raisonner pour convaincre. Que ces messieurs opposent donc des faits et des raisonnemens à nos doctrines médicales : nous les défendrons de notre mieux, et la science ne pourra que gagner à de pareilles discussions. C'est sur ce terrain que nous les attendrons de pied ferme.



NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

De la destruction mécanique de la pierre dans la vessie, ou considérations nouvelle sur *la lithotritie*, avec planches, par J. J. A. Rigal, D. M., in-8°., 3 fr. A Paris, chez Gabon.

Ce mémoire lu par l'auteur à l'Académie des sciences est bien digne de l'accueil favorable qu'il a reçu de cette illustre compagnie. Considéré comme œuvre littéraire ou comme œuvre scientifique il mérite également des éloges. Les aperçus pleins de justesse qu'on y remarque, les procédés ingénieux qu'il présente, et qui, pour n'être que d'heureuses modifications de procédés déjà connus, n'en sont pas moins très remarquables ; la sagacité avec laquelle tous les obstacles où les

inconvéniens attachés à l'emploi de ces nouveaux moyens sont prévus, l'habitude avec laquelle ils sont éludés, ferait croire qu'on tient une de ces productions trop rares, échappées aux loisirs de quelque chirurgien célèbre de l'époque; mais au ton candide et poli qui y règne d'un bout à l'autre, à cette modération dans la critique, à cette impartialité que l'auteur apporte dans l'appréciation de ses contemporains, on s'aperçoit bientôt que ce livre a été créé loin des influences fâcheuses que la rivalité répand sur la plupart des écrits des praticiens de certaine grande ville.

Nous n'entreprendrons pas l'analyse d'un tel ouvrage, elle serait sans intérêt pour ceux de nos lecteurs qui n'étant pas appelés à faire l'application de la lithotritie, ne la considèrent que comme un objet de curiosité; elle serait insuffisante pour les chirurgiens qui veulent être au courant des progrès de cette méthode thérapeutique. Renvoyant donc ceux-ci à l'ouvrage de M. Rigal, nous essayerons de donner aux premiers une idée aussi exacte que le permettent le peu de lignes que nous pouvons y consacrer, des modifications apportées par ce médecin à la destruction des calculs dans la vessie.

Tout le monde sait que jusqu'à présent on n'a pas trouvé de meilleur moyen de détruire les calculs dans la vessie que de les attaquer du centre à la circonférence, soit en y pratiquant des perforations successives, soit en les évidant pour en former une espèce de coque facile à briser. Meirieu cependant avait enseigné et réussi, jusqu'à un certain point, à user la pierre de dehors en dedans. Fécondant cette idée heureuse, M. Rigal est parvenu à remplir la même indication de la manière la plus satisfaisante. Il employe pour cela un instrument qui présente comme les autres un perforateur, agissant au milieu d'une pince, mais au moyen duquel la pierre, d'abord perforée, est fixée au foret assez solidement pour faire corps avec lui et suivre par conséquent tous les mouvemens qu'on pourra lui communiquer. Quand elle est ainsi fixée on fait tourner le foret sur lui-même à l'aide d'un appareil perfectionné; et la pierre se trouve grugée par les branches de la pince, qui présentent à cette effet une crête saillante à leur face interne. Quant aux calculs plats ou très-volumineux qu'on ne saurait attaquer avantageusement par ce procédé, M. Rigal préfère les briser; il se sert pour cela d'un foret à chemise, qui diffère pour cela du précédent, en ce que les branches sont plus nombreuses et que le foret est ramené et maintenu plus fortement entre les branches de la pince à l'aide d'une vis de rappel. Quand la perforation est opérée par le fer de lance qui précède les branches de la chemise, on écarte celles-ci,

qui s'arc-boutant contre les parois de cette cavité, exercent un effort excentrique qui fait éclater le calcul. Chaque fragment est ensuite saisi, perforé, brisé de la même manière, ou grugé par la pince. Des pierres de dix-huit lignes de diamètre ont pu être ainsi réduites en fragmens après une seule perforation; un calcul de huit lignes peut l'être en moins d'une minute.

Outre cet instrument qui, selon nous, est le plus important, M. Rigal en propose d'autres très-ingénieux; ce sont : 1° un brise-pierre qui agit avec une force bien supérieure à celle des saxifrages déjà connus, et présente beaucoup plus de sécurité en ce que la rupture des ressorts qui supportent les mors de la pince ne saurait avoir une suite fâcheuse; 2° un tour ou chevalet, dont la poupée mobile se promène à volonté de devant en arrière ou d'arrière en avant, au moyen d'un pignon qui s'engrène avec une crémaillère de la tige du support, mécanisme qui permet de connaître le degré de force employé pour percer le calcul, et de ramener au dehors du trou le détritus de la pierre pour empêcher l'empâtement du foret; 3° un *lit à pupître*, boîte de vingt pouces en carré sur quatre pouces de haut, renfermant un étau ou point fixe, des porte-semelles et plusieurs autres instrumens, et qui étant ouverte, forme un lit à double plan incliné sur lequel le malade se trouve placé commodément pour l'opération; 4° enfin nous citerons, comme appartenant en propre à l'auteur, les sondes ou bougies, pour redresser le canal de l'urètre sans danger ni douleur. Ces sondes flexibles sont introduites dans la vessie sur un mandrin courbe qu'on remplace ensuite par un mandrin droit; celui-ci est taraudé sur toute sa surface d'un pas de vis qui, étant en harmonie avec un écrou flexible, dont l'intérieur de la sonde est garni, la redresse peu à peu à mesure qu'on l'y introduit, en rappelant une à une les hélices de l'écrou. L'idée de redresser ainsi l'urètre appartient à Meirieu; mais il faut l'avouer, sa sonde à articulations mobiles est loin de présenter la simplicité et l'efficacité de celle qu'à imaginée M. Rigal. (A. T.)

Des hémorrhoïdes ou *Traité analytique de toutes les affections hémorrhoïdales*, par A. J. de Montègre, médecin de la Faculté de Paris; in-8°. 5 fr. 50 c. A Paris, chez Mlle Delaunay.

Cet ouvrage, déjà connu avantageusement du public médical, est une simple réimpression, comme on le sait, de l'article hémorrhoïdes du *Dictionnaire des Sciences médicales*. C'est le traité le plus complet que nous ayons sur cette matière, et l'un des titres qui

recommandent davantage le savoir et l'érudition de Motègre. Quelques changemens qui soient survenus dans l'état de la science et des esprits depuis l'apparition de cet ouvrage, le praticien y retrouvera toujours des recherches bibliographiques nombreuses, des vues sages et souvent nouvelles, et des développemens thérapeutiques dont il trouvera fréquemment l'application.

Nous nous bornerons à cette simple annonce d'un livre, dont plusieurs fois déjà il a été donné l'analyse.

Mémoire sur l'angine épidémique ou diphtéritique, par F. P. Emangard, D. M.; in-8°. 2 fr. 25 c. Chez Mlle Delaunay.

Les conclusions de ce mémoire sont :

1° Que l'angine maligne, gangréneuse et diphtéritique est *toujours* épidémique ;

2° Qu'elle reconnait pour cause l'absorption, par les surfaces en rapport avec des émanations marécageuses putrides, et leur action *sur la membrane muqueuse des voies digestives;*

3° Que cette lésion est exprimée par tous les signes de la gastro-entérite aiguë ; que cette phlegmasie est susceptible d'une extension plus ou moins rapide vers l'isthme du gosier ; *que c'est seulement alors qu'existe l'angine ;*

4° Que, convenablement attaquée, *jamais* elle ne s'étendrait au larynx pour produire la suffocation ; que le croup de M. Bretonneau est *toujours* l'effet de cette négligence, et n'a d'autre similitude avec le croup proprement dit, que le développement d'une concrétion membraniforme dans les voies aériennes; mais que l'étiologie, le mode d'invasion, la marche et le traitement différent qu'exigent ces deux maladies, repoussent toute idée d'identité ;

5° Que, s'il est des affections auxquelles on puisse rallier cette maladies, ce sont le *typhus* et les *gastro-entérites épidemiques*, puisqu'ils peuvent se terminer par l'angine pelliculaire ; qu'ils ont la même étiologie, le même mode d'invasion et de développement et réclament le même traitement. (La même chose peut être dite des phlegmasies cutanées.)

6° Qu'il serait beaucoup plus exact d'appliquer à l'angine gangréneuse, le nom de *gastro-entérite angineuse.*

Ces conclusions disent assez à quelle école M. Emangard appartient. Il est évident qu'il vise aux applaudissemens de ses co-sectaires ; il pourra les obtenir, mais je doute fort que son mémoire lui vaille

d'autre récompense. Faire l'analyse d'un tel écrit, ou le juger dans ses détails, serait au moins superflu. L'école dite physiologique le trouvera bon, même sans l'avoir lu. Quant aux lecteurs dont l'esprit de secte n'a pas faussé le jugement, ils verront bien, sans qu'on le leur ait montré, à quel point la préoccupation de l'auteur, pour le triomphe de certaines idées, lui a fait illusion et a compromis sa plume. (L.)

Recueil d'observations sur des cas de grossesses douteuses, précédé d'une *Introduction critique sur la manière d'explorer*; par G. J. Schmitt; traduit de l'allemand, par A. J. Stoltz, chef de clinique à la Faculté de Strasbourg, broch. de 222 pag. in-8°. 3 fr., chez Février, à Strasbourg; à Paris, chez Gabon.

L'art d'explorer l'utérus est un des attributs les plus essentiels d'un accoucheur; comme tous les arts il faut l'apprendre par théorie et surtout par pratique. La théorie est nécessaire comme préparation à l'art lui-même, quoiqu'elle ne fasse pas l'artiste; mais c'est par l'exercice seul, par la pratique, qu'on devient accoucheur. C'est pour répondre à ce besoin que l'auteur a écrit cet opuscule.

M. Schmitt publie les différens cas qui se sont présentés à lui depuis plusieurs années. C'est aux étudians qu'il s'adresse, car c'est à eux qu'il importe davantage de connaître les conditions qui rendent une grossesse douteuse, d'apprendre à être prudent et circonspect, de savoir apprécier à leur juste valeur, les signes nombreux de grossesse admis dans les écoles; enfin d'apprendre à profiter des fautes des autres pour s'en garantir eux-mêmes.

Les hommes qui ont été à même de juger par leur propre expérience des difficultés qui existent fréquemment pour déterminer l'existence des grossesses douteuses, sauront gré à l'auteur des peines qu'il s'est données pour faciliter aux élèves l'étude de cette partie de la seméïotique; en effet, il est peu de maîtres de l'art qui n'ait jamais commis d'erreur, et les plus exposés sont peut-être ceux qui, connaissant mieux la diversité des phénomènes de la grossesse, sont par cela même plus disposés à une fausse interprétation.

L'ouvrage de M. Schmitt est un livre utile; l'art d'explorer l'utérus dans l'état de plénitude, s'y trouve traité avec beaucoup de soin et de détail, et nous félicitons M. Stoltz de l'avoir fait connaître.

Recherches sur le siége et la nature des teignes ; par M. Mahon jeune. Paris, 1829. in-8 avec 5 pl. col. 10 f. Chez J.-B. Baillière.

Personne n'est à même, mieux que MM. Mahon, de faire une excellente monographie des teignes. Depuis plus de seize ans, tous les teigneux qu'il y a eu dans les hôpitaux de Paris, de Lyon, de Rouen, de Dieppe, d'Elbeuf et de Louviers sont passés entre leurs mains; seuls ils ont eu le traitement spécial de ces affections. De cette immense pratique et des innombrables observations qu'ils ont pu faire, il devait nécessairement résulter quelque chose d'utile pour la science, et déjà l'on pouvait reprocher à MM. Mahon le retard qu'ils mettaient à faire connaître les idées nouvelles qu'ils avaient sur le siége et la nature des teignes. M. Mahon jeune vient enfin de publier l'ouvrage que nous attendions. Les faits qu'il contient sont curieux, non moins que l'opinion qu'il émet sur le siége de cette maladie. Elève de M. Alibert, il a suivi la classification adoptée par cet habile professeur. Les descriptions des teignes faveuse, amiantacée, furfuracée, muqueuse et granulée, ont été faites d'après nature; on reconnaît dans ces tableaux l'expérience de ceux qui les ont tracés. MM. Mahon examinent ensuite les différences essentielles qui existent entre les diverses teignes; l'influence respective de chaque teigne sur les phénomènes généraux qui les accompagnent; puis ils classent les affections qui ont été confondues sous le nom de *teigne*, et arrivent enfin aux traitemens qui ont été employés pour en triompher. Nous reviendrons sur cet ouvrage, que nous signalons d'avance à nos lecteurs comme digne de leur curiosité. (M.)

Mémoire et observations de médecine et de chirurgie pratique; par G. Girard, docteur en médecine, etc. Broch. in-8°. 2 fr. Chez Gabon.

L'auteur de ce mémoire est un des praticiens les plus honorés de la ville de Lyon qui, après une longue expérience, croit utile de publier les faits que l'exercice d'une nombreuse clientelle lui a fournis. Puissent tous ceux qui s'occupent de médecine pratique en faire autant : que de faits précieux la science ne s'enrichirait pas alors! car il ne faut pas croire que les hôpitaux puissent seuls fournir des faits. La pratique civile est une source non moins féconde, et que les établissemens publics ne peuvent pas remplacer. M. Girard cite plusieurs exemples d'ivresses qui se sont dissipées presque subitement par l'emploi de l'ammoniaque

à la dose de quelques gouttes dans une cuillerée de liquide. Il donne aussi plusieurs observations sur l'utilité des fumigations, sur un cas d'hydrocéphale interne, sur la propriété calmante du pavot cornu, *chelidonium luteum*, etc. Entre autres faits, il parle d'une dame à laquelle on avait arraché, par méprise, une dent saine pour une dent cariée. Cette dent ayant été replacée dans l'alvéole, la patiente fut prise d'un frisson violent; la dent retirée de nouveau, le frisson se dissipa; lorsqu'on voulut la replacer, il redevint plus violent encore Alors on cessa toute tentative d'implantation.

Flore médicale, décrite par MM. Chaumeton, Poiret, Chamberet, peinte par Mme E. P. et par M. G. Turpin. In-8. 19e, 20e, 21e, 22e, 23e, 24e et 25e livraisons. Chaque livraison, 2 fr. 50 c. A Paris, chez Panckoucke et chez Gabon.

Ces sept livraisons se composent des mots *Bistorte*, *Bois de Brésil*, *Botris*, *Bouillon blanc*, *Bouleau blanc*, *Bourrache*, *Bryone*, *Bugle*, *Buglose*, *Buis*, *Buplèvre*, *Busserole*, qui terminent la lettre B., et des mots *Cacao*, *Cachou*, *Café*, *Calaguala*, *Camelée*, *Cameline*, *Camomille*, *Campêche*, *Camphrée*, *Cannelle*, *Caoutchouc*, *Capillaire*, *Caprier*, *Capucine*, *Cardamine*, *Carline*, *Carotte*, *Caroubier* et *Cartha*.

Nouvelles réflexions sur la manie homicide, le suicide et la liberté morale; par Elias Regnault, avocat à la cour royale. etc. In-8.° 3 fr. 50 c. A Paris, chez J.-B. Baillière.

Nous ne suivrons pas M. Elias Regnault dans la polémique dans laquelle il vient d'entrer. Nous nous contenterons de dire à nos lecteurs que la nouvelle brochure que nous annonçons a pour but de répondre aux divers articles insérés dans les journaux quotidiens contre le premier écrit de l'auteur; dans la seconde partie, celle qui traite de la liberté morale, M. Elias s'applique à combattre les opinions de M. Broussais. Il regrette que nos lois criminelles ne soient pas plus sagement rédigées, et fait des vœux pour qu'une prompte révision du Code pénal ait lieu.

Nota. Tous les ouvrages annoncés dans cette notice se trouvent également chez Gabon, libraire-éditeur de la *Revue médicale*, etc.

Le Rédacteur gérant,
L. Martinet.

REVUE MÉDICALE.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

MÉMOIRE

Sur l'ablation de l'utérus cancéreux ;

Par M. le professeur Récamier, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc.

La possibilité de l'ablation de l'utérus, sans que la vie des malades soit nécessairement compromise, est démontrée en Angleterre, en Allemagne et en France, ainsi que je l'ai fait remarquer dans les recherches que j'ai publiées sur le traitement du cancer; ce n'est donc pas la possibilité de l'ablation de l'utérus, sans que la mort s'en suive, qu'il s'agit de décider (1), mais la meilleure et la plus sûre manière de l'opérer dans les cas de cancer de cet organe. J'ai donné l'histoire de deux ablations de l'utérus cancéreux faites avec succès; depuis cette époque, j'ai assisté M. le professeur Roux dans deux opérations de ce genre, et je l'ai moi-même pratiquée une troisième fois : c'est de

(1) Les malades opérées par Hunter, Lengembeck, Alexandre Sotet, etc., et la femme de M. Gallot, de Provins, qui vit bien portante sans utérus, depuis dix-huit ans environ, font assez voir que cette opération est possible avec succès.

ces trois derniers faits que je vais rendre compte, en les faisant suivre de remarques pour aider à déterminer le meilleur procédé à employer.

Le samedi 12 septembre 1829, je fus mandé en consultation auprès de la dame P.... Voici ce que j'appris d'elle et de M. Picard, son médecin ordinaire :

« Mme P..., âgée de cinquante-cinq ans, est d'une constitution lymphatico-nerveuse; mariée dès l'âge de dix-neuf ans, elle était mère à vingt.

» Les suites de ses couches déterminèrent un état de langueur qui dura environ deux ans, au bout desquels se manifestèrent des flueurs blanches, toujours beaucoup plus abondantes pendant le printemps de chaque année que pendant les autres saisons.

» Cette leucorrhée persista pendant plusieurs années. Cependant Mme P..., épouse d'un homme âgé et valétudinaire, se trouva à la tête d'une maison de commerce assez considérable : là, quinze à dix-huit heures de travail par jour, et pendant un grand nombre d'années, des chagrins domestiques, des repas pris à la hâte, affaiblirent considérablement la constitution de la malade; il survint des douleurs dans les régions lombaires; douleurs qui, peu intenses d'abord, revenaient par intervalles.

» A trente-cinq ans, se manifestèrent des signes d'une gastrite qui dura deux ans : les antispasmodiques et une diète sévère produisirent du soulagement, augmenté encore par le séjour à la campagne. A cette époque, il survint une ophthalmie intense, qui fut longue à disparaître.

» De trente-huit à quarante-huit ans, santé parfaite, absence de tout écoulement leucorrhéique.

» A quarante-huit ans des douleurs vives se firent sentir aux deux seins. M. Dupuytren fut consulté, et il constata

l'existence de deux engorgemens de la grosseur d'une petite noix, un à chaque sein; en conséquence on établit à la cuisse gauche un cautère, qui détermina un érysipèle très-douloureux, et qui fut laissé à demeure pendant deux ans, après quoi, les glandes ayant disparu, il fut supprimé et transporté au bras gauche.

» A cinquante ans, cessation des règles; à cinquante-un, apparition spontanée de douleurs lombaires, si violentes que la malade ne cessa de jeter les hauts cris, pendant quatre jours et quatre nuits. La position assise et sur les pieds était insupportable. M. Fournier, alors médecin ordinaire de la malade, parvint à diminuer un peu cet état de souffrance; mais ce soulagement ne fut que momentané, et M. le professeur Fouquier fut appelé en consultation le 12 juin 1826. On jugea que l'affection était de nature rhumatismale, accompagnée de spasmes et d'une gastrite probable. Les moyens conseillés furent des applications fréquentes de sangsues à l'anus et à l'épigastre; des boissons et des lavemens émolliens, des bains de vapeurs, et sur les membres douloureux des onctions avec l'huile de jusquiame. On prescrivit en outre la diète lactée.

» Le 21 juin, consultation de MM. Rostan et Fournier : on présuma que la malade était atteinte d'une phlogose chronique de quelque portion du canal digestif, avec épaississement des parois de cette même portion d'intestin; que les douleurs dans les régions lombaires pouvaient être purement nerveuses ou rhumatismales, mais qu'il serait possible cependant qu'il y eût une maladie des reins. Dès lors on cessa d'employer les antiphlogistiques, et on insista sur la diète et les délayans, avec intention toutefois de recourir plus tard aux révulsifs et aux bains de vapeurs sulfureuses.

» Le 17 juillet de la même année, consultation de MM. Rostan, Fournier et Broussais : les consultans furent d'accord sur le diagnostic de la maladie, qui fut regardée comme une phlogose d'une portion du tube digestif, ainsi que l'avaient déjà pensé les consultans du 21 juin.

» Deux ans se passèrent ainsi dans des souffrances supportables.

» En mars 1829, l'écoulement leucorrhéique reparut; il était de nature séreuse et rougeâtre, parfois mêlé de stries sanguinolentes, mais toujours sans odeur; à la même époque les douleurs des reins devinrent plus vives.

» Enfin, le 4 août de la même année, la malade fut touchée pour la première fois par M. le professeur Chomel, qui déclara l'utérus malade. Un mois après, MM. les professeur Roux et Fouquier, et M. le docteur Roche, constatèrent l'existence d'un cancer à l'utérus, et proposèrent l'opération à la malade, qui l'accepta et la réclama même avec instance.

» Le 11 septembre, M. Dupuytren vit Mme de P..., et lui déclara, après l'avoir touchée, qu'elle ne pouvait être guérie sans opération. La proposition fut encore acceptée, et M. Dupuytren fut prié de l'exécuter. M. Dupuytren répondit qu'il s'en chargeait bien volontiers, mais qu'il désirait avant tout connaître mon avis. »

Le 12 septembre 1829, je constatai l'état suivant :

1° Le vagin était sain;

2° Le col de l'utérus était renflé sans grande dureté;

3° On trouvait à l'extrémité du museau de tanche un fongus dur et carcinomateux, qui paraissait être le prolongement de la partie droite du museau de tanche; car on trouvait une scissure profonde du côté gauche vers la

base du fongus, qui était irrégulier, anguleux, et égalait le volume d'une petite noix;

4° La pression de l'utérus, surtout à gauche et en arrière, causait de vives douleurs;

5° Il me fut impossible de déterminer précisement le volume de cet organe, parce que je ne pus le saisir distinctement entre le doigt qui le soulevait en arrière et la main avec laquelle j'explorais l'hypogastre;

6° L'utérus paraissait mobile, et on ne constatait aucun engorgement dans la partie inférieure des ligamens;

7° L'odeur du fluide séreux qui s'écoulait en abondance par la vulve était simplement fade, et n'avait aucun rapport avec la fétidité ordinaire des flux qui accompagnent les maladies cancéreuses de l'utérus;

8° Examinée par le rectum, la face postérieure de la matrice était inégale, et présentait une bosselure principale, du volume d'une olive, sur laquelle le rectum flottait librement;

9° La mobilité de l'utérus en totalité étaient moins évidente par le rectum que par le vagin;

10° Il me fut impossible de constater par le rectum, plus exactement que par le vagin, le volume de l'utérus;

11° Je ne pus reconnaître d'engorgement dans la région des ligamens larges;

12° La malade était sans fièvre, mais en proie à des douleurs lombaires tellement atroces que ces douleurs la mettaient au désespoir. Elle était pleine de courage, mangeait et digérait bien. Je jugeai, comme M. Dupuytren qui l'avait examinée la veille, l'ablation indiquée et praticable. La malade et sa famille ayant désiré que je me rencontrasse avec ce professeur, cette réunion ne put avoir lieu que le lundi 14 septembre. Dans cette consultation, M. Dupuytren

resta d'accord sur tous les points de l'examen et sur l'indication et la possibilité de l'ablation. De concert, nous crûmes devoir faire connaître à Mme P... et la nature de sa maladie et le genre de moyen curatif qui nous semblait convenable, et nous la quittâmes pour lui donner le temps de la réflexion. Dès le soir, je reçus d'elle un billet dans lequel elle m'annonçait qu'elle demandait l'opération pour le lendemain matin, et que, ayant fait choix de M. Dupuytren pour l'exécuter, elle me priait d'y assister. Je répondis que je me prêterais à tout ce qui conviendrait à la malade et à l'opérateur, à qui j'avais offert et auquel j'offrais encore les instrumens que j'avais fait faire pour cet objet, et tous les renseignemens qu'il pourrait croire utiles, et qu'il pourrait venir prendre chez moi quand il le voudrait.

Par des circonstances indépendantes de ma volonté, et probablement de celle de M. Dupuytren, je ne le vis pas les jours suivans; mais les innombrables messages que je reçus chaque jour de la malade m'apprirent de reste l'état de désespoir dans lequel elle était de ne pas voir arriver le moment d'une opération dont à tout prix elle voulait courir les chances.

Le jeudi 17, la malade perdant l'espérance d'avoir l'opérateur qu'elle avait d'abord choisi, me fit prier de la revoir avec M. le docteur Roche et M. Picard. Je reconnus le même état local que j'ai indiqué, et de plus les mauvais effets de l'état moral dans lequel elle vivait, depuis plusieurs jours surtout. L'appétit et les facultés digestives étaient diminués; la désolation était à son comble, et cependant la fermeté morale et le courage restaient les mêmes. Mme P... me proposa de me trouver avec M. le professeur Roux, qui l'avait déjà examinée auparavant, et

dont l'opinion avait été conforme à celle de M. Dupuytren et à celle que j'avais émise.

Le vendredi, 18 septembre, je me trouvai auprès de la malade avec M. le professeur Roux, dont l'examen donna encore les mêmes résultats que celui de M. Dupuytren et le mien. Mme P... lui déclara aussitôt qu'elle avait jeté les yeux sur lui pour l'opération, et que ses souffrances étaient telles qu'elle la demandait sans délai. Les déclarations qu'on avait faites auparavant à la malade ne permettant pas de lui faire illusion sur sa situation, d'ailleurs aucun obtacle évident et légitime ne s'opposant à l'ablation, et ses douleurs de plus en plus rebelles aux calmans la mettant au désespoir, l'opération fut résolue pour le 20 septembre au matin, afin d'avoir le temps de nous concerter, ce qui eut lieu le lendemain.

Voici maintenant les difficultés particulières et les accidens qu'a présentés l'opération de la dame P..., exécutée par M. le professeur Roux, le 20 septembre à neuf heures du matin, en présence de M. le professeur Cruveilhier, de M. Jules Cloquet, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Louis, de MM. les docteurs Roche, Rigal, Hervey, Richet, et de M. Picard, médecin ordinaire de madame P...

La malade, après avoir uriné et rendu les lavemens qu'elle avait pris, fut placée sur un lit comme pour l'opération de la taille.

1° L'utérus fut saisi par la base du col, qui fut amené successivement jusqu'à la vulve avec une seule pince-érigne.

2° Le vagin fut incisé en avant, et la partie postérieure de la vessie fut séparée avec le doigt, de la partie antérieure de l'utérus, qui se trouva irrégulière, et présenta

vers la hauteur où l'on pouvait supposer le fond de l'organe, une tumeur du volume d'une noix.

3° Lorsqu'on crut être parvenu à la hauteur du repli du péritoine, derrière la vessie, on l'incisa transversalement avec le bistouri à gaîne, en suivant la surface de l'utérus, puis on aggrandit l'ouverture avec un bistouri herniaire boutonné.

4° Ce fut alors que l'opérateur distingua au-dessus de la tumeur dont il vient d'être fait mention, une colonne charnue, rugueuse, et comparable à celle que formerait le rectum, demi-rempli de matières molles. Il essaya d'abord inutilement de parvenir jusqu'au haut de cette colonne pour reconnaître les ligamens larges; mais lorsque, par le rectum, il se fut assuré que l'utérus ramolli avait changé de forme par l'abaissement, et formait la colonne charnue dont je viens de parler, il porta le doigt plus haut que la première fois, le long de sa partie antérieure, et finit par atteindre les ligamens larges, qui n'avaient presque pas prêté.

5° Aussitôt après la section des ligamens larges dans leur moitié supérieure, la matrice reprit sa forme ordinaire; il n'y eut pas la moindre hémorrhagie.

6° Les deux ligatures furent placées avec des aiguilles courbes à manche sur la partie inférieure des ligamens.

7° Après la ligature de la partie inférieure des ligamens, il fut impossible de faire passer le corps de l'utérus par la vulve trop étroite. Dans les efforts qui furent faits à cette occasion il partit de la partie antérieure du vagin, un jet de liquide qui fut reconnu pour de l'urine.

8° L'impossibilité de faire franchir la vulve au corps de l'utérus, pour le renverser en avant, décida à inciser la bride très-raide que formait la partie antérieure du périnée; après quoi la matrice fut facilement renversée en avant;

et l'opération terminée par la section de la partie inférieure des ligamens larges et du repli postérieur du péritoine.

Difficultés de l'opération.

1° La séparation de la partie antérieure de l'utérus d'avec la vessie a présenté de très-grandes difficultés, à raison de la rugosité et de l'état mamelonné de cette surface, et surtout à raison de la tumeur saillante qui s'y est trouvée. On ne s'est servi que du doigt promené entre la vessie et l'utérus pour déchirer peu à peu le tissu cellulaire qui les unissait. Je regarde cette partie de l'opération comme la seule qui présente de véritables difficultés, qu'on diminuera autant que possible en faisant uriner immédiatement avant l'opération.

2° D'après la manière dont l'utérus s'est comporté pendant l'abaissement, il est clair que, lorsqu'il n'est pas très-dur, il faut se défier de son allongement, qui peut donner lieu à diverses illusions par les changemens qu'éprouve sa forme, et qui, en laissant les ligamens larges à leur hauteur ordinaire, oblige à remonter très-haut pour atteindre leur partie supérieure. On a vu que l'examen par le rectum éclaire immédiatement sur la cause de la difficulté dont je parle; cette difficulté a retardé la marche de l'opération de plusieurs minutes, ce qui a porté sa durée totale à près de vingt-huit. Avant de commencer la section des ligamens, il est indispensable d'avoir parfaitement reconnu le fond de la matrice et le bord supérieur de chaque ligament, très-facile à distinguer à sa tension. Tout bien pesé, je crois que pour cette section de la partie supérieure des ligamens larges, un bistouri, boutonné, herniaire, concave vers le bouton, donnera

plus de facilité pour atteindre à la hauteur de la trompe, lorsqu'elle ne cédera pas à l'abaissement de l'utérus.

3° La ligature de la partie inférieure des ligamens larges a présenté des difficultés, par le défaut de courbure des aiguilles, telles que je les ai fait dessiner. Je crois qu'elle eût été plus facile après l'antéversion de la matrice : en conséquence, je propose, 1° d'augmenter la courbure des aiguilles; 2° de ne faire la ligature qu'après l'antéversion.

4° Aucune des ligatures n'a été coupée en achevant la section; cependant je ne saurais trop appeler l'attention de ceux qui auraient à pratiquer une semblable opération sur la nécessité de se servir d'un bistouri boutonné, dont le tranchant ne soit pas trop ardent, afin de pouvoir facilement le conduire avec le doigt sans crainte de se couper.

Accidens de l'opération.

1° Le jet d'urine parti de la vessie dans les tractions pour abaisser l'utérus, après la section des ligamens, est le premier accident qui se soit montré. On verra plus tard, à l'article de l'examen de la pièce et du corps, que la vessie présentait à sa partie postérieure les granulations et la rougeur fauve de la péritonite chronique, et que l'ouverture de deux ou trois lignes de diamètre, qu'on observait à son bas-fond vers son col, était arrondie, et correspondait au sommet de la tumeur qui était à la face antérieure de l'utérus.

Après l'opération on a retiré plusieurs fois deux cuillerées d'urine de la vessie, mais on a cessé de sonder parce qu'on a constaté que ce liquide s'écoulait librement par le vagin, sans aucun signe de stase dans le bassin.

2° Le second accident qui s'est manifesté a été une concentration considérable du pouls et des mouvemens du

cœur. La douleur a été vive sans doute, mais elle n'a surtout arraché des cris que dans l'exploration nécessaire pour reconnaître le fond de l'utérus et les ligamens larges ; sa grande violence n'a été que de quelques minutes ; mais le malaise et les souffrances de l'opération ont duré près d'une demi-heure.

3° La malade n'a pas perdu trois onces de sang pendant l'opération, et aucune anse intestinale, aucun appendice épiploïque ne s'est présenté dans le vagin, ni pendant ni après cette même opération.

Suite de l'opération.

La malade fut mise dans son lit à neuf heures et demie : sa peau était tempérée, son pouls à peine sensible, et les battemens du cœur faibles et accélérés. On lui donna du sirop d'éther et de l'infusion légère de camomille romaine ; on chercha à la réchauffer ; cependant ce ne fut que dans l'après-midi qu'une chaleur générale, bientôt accompagnée d'une sueur douce, s'établit ; on conçut l'espérance d'une réaction modérée et satisfaisante, et on administra quelques cuillerées de bouillon de poulet et ensuite de lait d'ânesse.

Le soir une sensibilité assez vive à l'hypogastre, mais sans tension du ventre, conduisit à faire appliquer six sangsues sur cette région ; les douleurs cessèrent, et le ventre ne donna plus que des signes d'une sensibilité très-modérée, sans tension ; mais le pouls ne se releva pas, les forces diminuèrent et le malaise général augmenta pendant la journée du 21, jusque vers les six heures du soir, heure à laquelle la malade s'éteignit, trente-trois heures après l'opération, sans avoir eu de retour de ces paroxysmes de douleur qui la mettaient au désespoir.

Remarques sur les suites de l'opération.

1° Ainsi qu'on l'observe chez d'autres sujets mal prédisposés, la concentration des forces fut très-grande.

2° La réaction douce de l'après-midi donna des espérances qui ne se sont pas réalisées.

3° La malade s'est éteinte sans aucun des phénomènes des phlegmasies abdominales.

Examen de la pièce enlevée.

L'utérus représentait un sac piriforme, entièrement carcinomateux, semi-chondroïde, friable, mollasse, lardacé, un peu translucide et d'une couleur blanchâtre et grisâtre. La masse entière de l'utérus avait près de quatre pouces et demi, depuis le museau de tanche jusqu'à son fond, et environ deux pouces trois quarts ou même trois pouces dans son diamètre transversal. La cavité aurait pu contenir un petit œuf de poule. La face antérieure était rugueuse, un peu mamelonnée, et présentait les traces des adhérences cellulaires qu'elle avait eues avec la partie postérieure de la vessie : entre la vessie et la matrice, et sans offrir aucune continuité de substance avec l'une ou l'autre, existait la petite tumeur dont j'ai déjà parlé. Cette tumeur qui était carcinomateuse, comme la matrice elle-même, avait près de dix-huit lignes dans son grand diamètre et quatorze dans le petit. La face postérieure de l'utérus était unie, et n'offrait aucune trace d'adhérence; on y observait un tubercule olivaire et mobile vers la partie moyenne. Le côté droit présentait la section du ligament large droit, faite très-près du corps de l'utérus, et laissant, sur l'état sain du reste du ligament, des doutes d'autant plus grands que tout ce côté de l'utérus était le plus ramolli. Le côté gauche présentait une partie du ligament

large gauche de six ou huit lignes; il paraissait sain, et ce côté de la matrice était bien moins ramolli que l'autre.

La cavité de l'utérus était rugueuse et demi-mamelonnée; ses parois avaient près d'un pouce d'épaisseur vers le fond de l'organe, et un peu moins à mesure qu'on s'approchait du col et de l'orifice dans lequel les pinces-érignes avaient broyé le fongus qui a été décrit.

Remarques relatives à la pièce enlevée. 1° La flaccidité des parois de l'utérus explique pourquoi, malgré ses grandes dimensions, nous n'avions pu en déterminer rigoureusement le volume.

2° La même flaccidité donne la raison du changement de forme de l'utérus pendant l'abaissement, de la difficulté de le reconnaître en le séparant de la vessie, et surtout d'arriver jusqu'à son fond, qui était retenu fort haut, presque au niveau du bord supérieur des ligamens larges, qui paraissent avoir mieux résisté à leur allongement que la substance même de la matrice. L'exploration par le rectum, derrière l'utérus, rectifie immédiatement les illusions du toucher en avant, comme cela a eu lieu.

3° La tumeur située au devant de la matrice, entre cet organe et la partie postérieure de la vessie, a pu faire croire qu'on était parvenu au dessus du fond de l'organe; mais l'absence du bord supérieur des ligamens larges, sur ses côtés, la découverte du bord supérieur de ces ligamens à droite et à gauche de la partie supérieure de la colonne charnue que formait l'utérus allongé, et l'exploration par le rectum révélèrent en même temps la nature de la tumeur, le défaut d'abaissement du fond de l'utérus, et son allongement en forme de colonne charnue imitant le rectum à demi rempli.

4° La tumeur trouvée à la partie antérieure de l'utérus,

ainsi que les rugosités de cette surface, firent penser alors que, pour la séparer de la vessie, il ne fallait employer que le doigt en déchirant doucement le tissu cellulaire jusqu'en haut et sur les côtés. Le repli du péritoine cédant facilement à l'action du doigt, si l'on croit avoir besoin d'un autre secours, la châsse d'argent du bistouri caché sera suffisante. Il serait à désirer qu'on pût se passer d'instrument *tranchant*, pour séparer la vessie de l'utérus, et pour entrer dans le péritoine; car je déclare que cette partie de l'opération est la seule qui me semble présenter de véritables difficultés, que M. le professeur Roux a cependant surmontées dans un cas plus difficile que celui dans lequel j'ai opéré.

5° Le développement de la cavité utérine semblerait de prime abord une circonstance favorable à l'emploi d'un tire-tête pour produire l'abaissement de la matrice. Mais, 1° si l'on réfléchit à la facilité avec laquelle ce tissu s'est déchiré sous les pinces-érignes au col et en avant, lorsqu'il a fallu produire l'antéversion, il ne sera pas difficile de se persuader que l'orifice utérin n'aurait pas résisté et se serait infailliblement déchiré : 2° si l'on prend garde à la dilatation latérale que doit produire la branche en T du tire-tête, *si elle est d'une longueur suffisante*, on se convaincra qu'on ne pourra le dilater dans la cavité d'un utérus qui résistera : 3° si la branche est très-courte, le col cédera et s'échappera : 4° si la branche est longue, et que l'utérus résiste, ses extrémités feront saillie sur les côtés, et produiront dans les ligamens larges deux renflemens dont il faut être averti pour le moment de la section, et qui gêneront considérablement pour placer les ligatures sur la partie inférieure des ligamens.

Nécropsie vingt-quatre heures après la mort.

1° La peau était pâle et la roideur cadavérique peu marquée.

2° Les intestins étaient dans l'état naturel, excepté une anse d'un pouce, qui avoisinait la vessie et était légèrement rougeâtre; ils descendaient très-peu au-dessous du détroit supérieur du bassin.

3° Le ligament large gauche était presque dans l'état naturel, mais l'ovaire de ce côté était tuméfié, mou, friable, et présentait les caractères d'un commencement de dégénérescence cérébriforme.

4° Le ligament large droit était plus malade; la trompe de Fallope avait le volume d'une forte plume à écrire, et contenait déjà de la matière cérébriforme, ainsi que l'ovaire de ce même côté.

5° La partie postérieure et un peu supérieure droite de la vessie était d'un rouge fauve, et présentait les granulations fines qu'on observe dans les phlegmasies chroniques des séreuses, spécialement au voisinage des affections cancéreuses :

6° Le fond de la vessie était rugueux, celluleux et avait manifestement adhéré à la partie correspondante de l'utérus. On observait au commencement du col du côté du bas-fond et un peu à droite, une ouverture arrondie de deux ou trois lignes de diamètre. Il était évident que cette portion de la vessie répondait au sommet de la tumeur que j'ai décrite en parlant de la face antérieure de la matrice. Il paraît qu'une portion du tissu déjà malade et friable de la vessie céda en cet endroit, au moment où elle fut séparée de la matrice avec le doigt; n'ayant retrouvé sur la tumeur aucun vestige des membranes vésicales, je suppose

que la lamelle qui avait pu résister au moment de la séparation, se sera rompue pendant les mouvemens qui ont eu lieu pour produire l'antéversion de la matrice. Cette dernière étant volumineuse, a chassé devant elle l'urine contenue dans la vessie qu'elle pressait derrière le pubis; d'où on peut conclure que l'urine serait infailliblement sortie par l'urètre, si la vessie eût résisté; mais les parois friables et affaiblies ayant cédé, il en est résulté le jet d'urine dont j'ai parlé. Cette explication est d'autant plus probable que, comme je l'ai déjà fait remarquer, la vessie ne présentait aucune trace d'action de l'instrument tranchant, et que sur la tumeur il n'a rien été observé qui eût appartenu à la vessie.

7° Les ligatures embrassaient la partie inférieure des ligamens larges.

8° L'excavation du petit bassin contenait environ deux onces de sérosité rougeâtre.

9° Le rectum était parfaitement sain.

10° Les autres parties du corps n'ont rien présenté de remarquable.

Remarques sur les résultats de la nécropsie.

1° Le défaut de consistance des ligamens larges avait empêché tous ceux qui avaient examiné la malade d'apprécier le degré d'extension de la maladie.

2° La flaccidité de l'utérus s'est opposée à ce qu'on jugeât bien de son volume du vivant de la malade avant l'opération.

3° L'ancienneté des douleurs dans les dépendances de l'utérus, peut et doit être souvent un obstacle à l'opération.

4° L'absence de la fièvre, l'absence de toute fétidité du

liquide qui sortait de l'utérus et des signes physiques de la lésion des ligamens de cet organe, avait contribué à inspirer, sur l'état des dépendances de celui-ci, assez de sécurité pour déterminer à entreprendre l'opération; il y a eu difficulté insurmontable pour un diagnostic complet.

DEUXIÈME FAIT.

Le 15 septembre 1829, M. le professeur Roux me pria d'examiner avec lui, dans ses salles de chirurgie de la Charité, la dame L...., affectée d'une maladie de l'utérus.

Je reconnus que le museau de tanche était tuméfié, dur, irrégulier, inégal avec des scissures profondes; le col était renflé, et le corps volumineux et rénitent; l'organe était mobile; les ligamens me parurent sains.

L'examen de M. Roux, et de M. le professeur Fouquier, donna les mêmes résultats.

La dame L...., âgée de 38 ans, avait été mariée à 22; elle avait eu cinq couches, dont la dernière à 32 ans. Depuis 4 ans elle souffrait dans la région de l'utérus; depuis six mois les douleurs étaient devenues plus fixes et plus vives, et accompagnées d'un flux roussâtre très-abondant. Six semaines auparavant, elle avait eu une perte abondante, à la suite de laquelle les règles manquèrent à l'époque où elles devaient paraître.

La dame L...., entrée à la Charité le 25 août 1829, n'ayant éprouvé aucun soulagement des moyens de traitement employés pendant un mois, M. Roux se détermina à procéder à l'ablation de l'utérus, le 25 septembre suivant, en présence de M. Boyer, chirurgien en chef de la Charité, de MM. Fouquier et Lherminier, médecins de cet hôpital, et d'un grand nombres d'autres personnes de l'art.

Chargé par M. Roux de la pince qui abaissait l'utérus, j'ai pu suivre avec exactitude toutes les parties de l'opération, et voici ce que j'ai observé.

1° La malade fut placée comme pour l'opération de la taille.

2° Le museau de tanche, saisi par sa base avec des pinces érignes, fut facilement abaissé jusqu'au niveau de la vulve.

3° Le vagin fut incisé en avant, transversalement sur la partie antérieure du col utérin.

4° La partie postérieure de la vessie fut séparée de la face antérieure du col de l'utérus.

5° Le péritoine fut ouvert avec un bistouri mousse.

6° L'ouverture du péritoine fut agrandie des deux côtés avec un bistouri boutonné.

7° L'opérateur fit la section des ligamens larges, non sans difficulté, le fond de l'utérus étant resté à une grande hauteur, malgré l'abaissement du museau de tanche.

8° Au moyen de deux aiguilles courbes, on plaça deux ligatures sur la partie inférieure des ligamens larges.

9° On produisit l'antéversion de l'utérus avec difficulté, à cause du volume de l'organe et de l'étroitesse de l'entrée du vagin.

10° Après le renversement de l'utérus hors de la vulve, on acheva la section de la partie inférieure des ligamens larges, et on sépara le col de l'utérus du rectum.

Tels sont les détails d'une opération dont la durée, par diverses difficultés sur lesquelles je vais revenir, a été d'environ 28 minutes.

Difficultés particulières de cette opération.

1° La substance du corps de l'utérus, malgré sa tumé-

faction, étant devenue plus extensible que celle des ligamens, il en est résulté que, dans l'abaissement du museau de tanche, le fond de l'organe n'a pas suivi son col, étant resté presque à sa hauteur ordinaire; ce qui a rendu plus difficile la section de la partie supérieure des ligamens larges et des ligamens ronds, et a retardé la marche de l'opération.

2° Le volume de l'utérus qui était au moins quadruple en masse, a mis obstacle au renversement de cet organe en avant, et a aussi contribué à allonger la durée de l'opération.

Accidens immédiats de l'opération.

1° La concentration considérable des fonctions circulatoires par la douleur prolongée relative à la durée de l'opération constitue le premier.

2° L'hémorrhagie qui a suivi la rupture de la ligature droite, ou sa section, en coupant la partie inférieure du ligament large droit forme le second. Je reviendrai sur ces deux accidens au sujet de la troisième observation.

Examen de la pièce enlevée.

1° Les lèvres du museau de tanche étaient tuméfiées, bosselées et séparées par des scissures profondes.

2° Le corps de l'utérus avait près de deux pouces et demi dans sa plus grande largeur, et plus de quatre pouces, depuis son fond jusqu'à son orifice.

3° La muqueuse était malade et excoriée au fond des scissures qui séparaient les renflemens du museau de tanche.

4° Des stries d'altération grisâtre se faisaient remarquer dans le col utérin, et dans la substance de l'organe hypertrophié assez uniformément,

5° La dégénération carcinomateuse s'est trouvée moins avancée qu'on ne l'avait pensé.

Suite de l'opération.

La malade reportée dans son lit était pâle; son pouls était très-concentré; elle perdait peu de sang par la vulve. On plaça et on renouvela sur le ventre et sur la vulve des linges trempés dans de l'eau fraîche. Les douleurs dont la malade se plaignit dans le ventre pendant la nuit conduisirent à y appliquer 25 sangsues.

Le 26 la malade était très-affaiblie; elle s'éteignit à 10 heures du matin, environ vingt-quatre heures après l'opération.

Les matelas du lit étaient traversés par le sang.

Nécropsie.

Le corps était décoloré et flasque. On observa :

1° Un peu de sang dans le petit bassin, et, dans cet endroit, rougeur du péritoine comme par imbibition, sans aucune trace de péritonite ailleurs.

2° La ligature gauche, qui était restée, était bien placée.

3° La vessie et le rectum étaient parfaitement intacts.

4° Rien de remarquable dans les autres régions du corps.

Remarques.

1° L'étroitesse de la vulve a gêné pour produire l'antéversion; une section sur le périnée aurait diminué cette difficulté.

Cette circonstance n'a point empêché M. Roux de ménager la vessie et le rectum avec beaucoup de dextérité.

2° La chute de la ligature droite, après la terminaison

de la section du reste du ligament large droit, annonce assez la nécessité de protéger soigneusement les deux ligatures avec les doigts au moment de la section de la partie inférieure des ligamens.

3° L'application des sangsues pendant la nuit a probablement été due à la crainte d'une inflammation péritonéale; mais cette inflammation ne pouvait guère être à redouter dans les premières vingt-quatre heures, surtout avec l'hémorrhagie actuellement existante, qu'il est permis de regarder comme la principale cause de la mort, après des douleurs vives et prolongées.

TROISIÈME FAIT.

Le 12 janvier, je fus appelé en consultation auprès de Me L.... avec M. le docteur Amussat et M. le docteur Casimir Broussais, qui lui donnaient des soins de concert, et qui me donnèrent les détails suivans.

Me L......, blanchisseuse, âgée de trente-six ans, fut réglée à quatorze. Quoique d'un tempérament lymphatique, sa santé fut toujours bonne et ses menstrues régulières. Mariée à vingt-cinq ans, elle eut, depuis cet âge jusqu'à trente-cinq, quatre enfans qu'elle-même a nourris. Vers sa trente-quatrième année, un peu avant sa dernière grossesse, Me L..... accusa, pour la première fois, un sentiment de pesanteur dans la matrice, sentiment dont elle n'a jamais été débarrassée depuis; toutefois l'accouchement fut prompt et facile.

Quelques mois après, à ce sentiment de pesanteur incommode se joignirent des douleurs dans les lombes, dans la région de l'hypogastre et au bas du rectum.

Tel était l'état des choses pendant la fin de l'année 1828 et pendant les premiers mois de 1829.

Mais en juin de cette même année, la malade s'aperçut que, bien que les règles fussent régulières, il suffisait néanmoins de la plus légère fatigue pour déterminer aussitôt une métrorrhagie inquiétante. Effrayée de ces pertes, qui se renouvelaient assez fréquemment, elle se décida, le 14 octobre, à consulter M. le docteur Casimir Broussais, qui, trouvant l'hypogastre gonflé, tendu, douloureux à la pression, le pouls assez fort et le teint bon, pratiqua une forte saignée de bras, prescrivit le repos, des injections et des lavemens émolliens. Madame L..... fut d'abord soulagée; mais au bout de quelques jours l'écoulement sanguin redevint si abondant qu'elle n'hésita plus à se laisser toucher. Dans cet examen, M. le docteur Broussais trouva le col de l'utérus doublé de volume, bosselé, rugueux, chaud et douloureux, surtout en arrière et à gauche; le corps de la matrice était extrêmement tuméfié, et formait une tumeur considérable à l'hypogastre.

Trente sangsues furent appliquées sur cette région: des bains de siége froids et des injections froides furent prescrits en même-temps.

Cette fois, comme la première, le soulagement ne fut que passager; et quand, un mois après (17 novembre), M. le docteur Broussais touchait pour la seconde fois la malade, il reconnut avec surprise que le mal avait fait de sensibles progrès : les bosselures étaient énormes, une ulcération étendue pénétrait à travers l'ouverture béante du museau de tanche; la sensibilité était vive, et son doigt, retiré du vagin, présentait les traces d'un sang sanieux et fétide.

Vers la fin de novembre, deux applications de sangsues dans l'intérieur du vagin et sur le col furent faites à quelques jours d'intervalle : de violentes douleurs se

firent sentir au moment de l'expulsion des caillots ; mais, ceux-ci une fois rejetés, la malade eut du calme, et, ce qui était plus satisfaisant encore, la tumeur arrondie que formait la matrice dans l'hypogastre avait presque complétement disparu.

Consulté à cette époque sur la possibilité de l'amputation du col avec succès, M. le docteur Lisfranc jugea l'opération insuffisante, et conseilla de petites saignées générales, l'application de la glace sur l'hypogastre, les lavemens légèrement narcotiques, etc.

Enfin, le 23 décembre, M. le docteur Amussat, dans les lumières duquel la malade avait une pleine confiance, fut mandé en consultation par le médecin ordinaire ; et ce jour là même il fut convenu entre eux qu'à l'aide du spéculum on cautériserait la surface ulcérée avec l'acide nitrique affaibli. Cinq cautérisations successives furent donc pratiquées à des intervalles inégaux ; mais découragés par l'inefficacité du traitement, par les pertes et les douleurs qui augmentaient et affaiblissaient chaque jour la malade, rassurés d'autre part par le courage de cette femme, qui demandait à tout prix d'être délivrée d'une maladie aussi cruelle, MM. les docteurs Amussat et Broussais me firent prier de me joindre à eux pour donner mon avis sur la situation de Me L....., et sur la possibilité de l'ablation de l'organe malade chez une personne courageuse, mais tellement souffrante qu'elle demandait à grands cris à M. Amussat d'être délivrée, ou, pour employer ses expressions, la grande opération, puisque la petite ne pouvait suffire.

Ce fut le 11 janvier passé que je me réunis à MM. Amussat et C. Broussais chez la dame L..... ; et voici quels furent les résultats de mon examen.

Le col de l'utérus était tuméfié et dur; la lèvre antérieure du museau de tanche était dure, inégale et profondément ulcérée par sa partie interne; la lèvre postérieure était presque entièrement détruite par l'ulcère, qui remontait profondément dans l'intérieur du col; le vagin me parut sain en avant et en arrière. Examiné par l'hypogastre et par le vagin, le corps de l'utérus fut trouvé peu volumineux, très-mobile et bien séparé de la vessie; examiné en arrière, malgré la destruction presque totale de la lèvre postérieure du museau de tanche, l'utérus me sembla également mobile et indépendant du rectum. La partie inférieure des ligamens larges me parut dans l'état sain. Le doigt retiré du vagin était chargé d'une sanie fétide. La malade n'avait souffert que pendant la pression sur le col de l'utérus. L'examen par le rectum fit reconnaître l'intestin parfaitement sain et indépendant de la matrice, dont les ligamens larges furent reconnus en très-bon état; la parfaite mobilité de cet organe fut constatée par le rectum comme par le vagin.

La malade était sans fièvre, peu colorée, sans aspect cachectique; mais elle se plaignait de douleurs intolérables qui cédaient mal aux calmans.

Toutes les circonstances antécédentes et l'état présent de la malade étant mûrement pesés, avec MM. Amussat et C. Broussais, et M. le docteur Gaultier de Claubri, qui s'était joint à nous, il fut reconnu :

1° Que la dame L..... était atteinte d'un cancer utérin ulcéré profondément, mais que les dépendances de la matrice étaient dans l'état sain autant qu'on en pouvait juger;

2° Que l'ablation partielle du col utérin ne pouvait

être dans ce cas d'aucune utilité, mais qu'au contraire elle serait nuisible;

3° Que l'ablation totale de l'organe malade était praticable, et présentait seule des chances de succès.

Tous ces résultats de notre délibération ayant été communiqués à la famille, en lui faisant connaître toutes les chances pour et contre le succès, il fut résolu qu'on annoncerait à la malade, avec les ménagemens convenables, l'indication d'une opération grave au moyen de laquelle on espérait la délivrer. Elle accueillit cette proposition avec fermeté, et demanda l'opération dans le plus bref délai.

Mes confrères m'ayant prié de me charger de faire cette opération, je me rendis à leur invitation, en les priant à mon tour de permettre que ceux de nos confrères qui pouvaient être dans le cas de la pratiquer, ou de prononcer sur sa convenance, en fussent prévenus.

L'opération fut arrêtée pour le surlendemain 13 janvier. La journée du 12 fut employée à divers préparatifs, et spécialement à la fabrication d'une aiguille courbe montée comme une sonde de Bellocq, afin d'avoir le choix, pour passer les ligatures, de me servir de cette sonde ou des aiguilles courbes. On prévint pendant ce temps MM. les professeurs Cruveilhier, Deneux, Désormeaux, Dupuytren, Marjolin, et MM. les docteurs Blandin, Breschet, Jules Cloquet, Larrey, Lisfranc, Murat, Patrix, Ribes, Sanson, Treille, et plusieurs autres dont les noms m'échappent en ce moment.

Cette mesure partait de la conviction où je suis qu'une semblable opération demande impérieusement des témoins suffisans et compétens.

La famille de la dame L..... n'étant point en situation

de faire les frais de consultations régulières, je dus chercher à y pourvoir par la réunion proposée, à laquelle plusieurs ne purent se rendre, et à laquelle nous nous trouvâmes cependant vingt-cinq chirurgiens ou médecins, la plupart attachés aux hôpitaux de Paris.

J'eus soin d'avertir la malade, et d'obtenir son consentement, en lui faisant comprendre qu'on agissait pour sa sûreté en appelant des témoins; et elle y consentit volontiers.

Le 13 janvier, à neuf heures du matin, la malade ayant été disposée comme pour l'opération de la taille, MM. les professeurs Désormeaux et Marjolin furent désignés pour examiner la malade, et faire ensuite leur rapport aux médecins et chirurgiens présens.

Ils reconnurent qu'il existait au col de l'utérus un cancer profondément ulcéré, et que l'utérus était mobile; après quoi ils déclarèrent que l'ablation partielle du col était impraticable avec avantage, et que l'ablation totale de l'organe malade présentait seule des chances de succès.

Après cette décision, je me déterminai à pratiquer cette opération de la manière dont je vais rendre un compte rigoureux, en faisant connaître les causes qui, à mon avis, en ont empêché le succès, afin d'arriver à déterminer plus promptement la meilleure manière de procéder dans chaque temps de l'opération.

OPÉRATION.

1° Le museau de tanche fut saisi par la base de la lèvre antérieure, avec deux pinces-érignes, et abaissé jusqu'à la vulve.

2° Le vagin fut incisé transversalement en avant sur la

partie moyenne du col utérin, avec un bistouri boutonné, convexe et étroit.

3° Le vagin et ensuite la vessie furent détachés de la partie antérieure du col tuméfié, avec l'extrémité de l'index de la main gauche, promené de droite à gauche et de gauche à droite, en remontant le long de la partie moyenne de l'utérus. Après quelques difficultés, mon doigt pénétra dans le péritoine, et je reconnus le fond de la matrice.

En évitant, pour cette partie de l'opération, de me servir de l'instrument tranchant, j'espérais mettre la vessie à l'abri de toute lésion ; j'avais ainsi engagé plus de deux phalanges de l'index sans être arrivé dans le péritoine ; ce dont je ne me rendais pas compte, ayant pu, dans l'examen de la malade par le rectum, atteindre au-dessus du fond de l'utérus.

Plus tard j'ai reconnu que la cause de la difficulté que j'éprouvai à parvenir dans le péritoine fut la fausse route que fit mon doigt en s'engageant entre le péritoine et la vessie, au lieu de déchirer le repli péritonéal qui est entre la vessie et l'utérus.

4° Aussitôt que le doigt eut pénétré dans le péritoine, j'en dilatai l'ouverture avec le même doigt par déchirement, au lieu de me servir du bistouri boutonné.

L'étroitesse de la vulve me gêna pour la section des ligamens ; en pareil cas, je pense qu'il sera préférable d'inciser le périnée, afin d'agir avec plus de liberté pour le reste de l'opération.

5° L'ouverture du péritoine dilatée, je portai le long du doigt un bistouri boutonné, concave, pour faire la section de la partie supérieure du ligament large gauche.

Soit que l'étroitesse de la vulve m'ait gêné pour porter

le manche du bistouri à gauche, soit que la courbure de l'instrument m'ait trompé sur sa direction, ma section ne tomba que sur le ligament rond qui est en avant. Comme je pressais sur le fond de l'utérus pour en augmenter l'abaissement, le ligament large céda par son bord externe, et je dus le croire coupé : mais on verra par la planche, que la trompe d'Eustache et l'ovaire furent entraînés.

6° Il est arrivé dans la section du ligament du côté droit exactement la même chose que du côté gauche, c'est-à-dire que le seul ligament rond a été coupé près de son insertion à l'utérus, et que le ligament large droit a cédé par son bord externe comme le gauche.

7° Après la section de la partie supérieure des ligamens, je plaçai une ligature sur la partie inférieure de celui du côté gauche, et le serre-nœud fut passé et fixé par M. Amussat. Ayant immédiatement vérifié le gisement de cette ligature, je reconnus qu'elle n'était pas tombée sur la partie inférieure du ligament, mais sur un repli formé en avant dans l'abaissement de l'utérus que je n'avais pu saisir que par la seule lèvre antérieure du museau de tanche, puisque la postérieure était détruite. Je pris aussitôt une seconde aiguille armée de son fil, et je plaçai de ce côté une ligature qui embrassa exactement la partie inférieure du ligament large.

8° Après avoir placé les deux ligatures du ligament large gauche, je plaçai de la même manière une ligature sur la partie inférieure du ligament large droit. Mais je fixai la partie inférieure de ce ligament avec l'index de la main gauche en arrière, et avec le pouce de la même main en avant : de cette manière, me servant de la main droite pour porter l'aiguille courbe qui devait passer

au-dessous et en dehors des doigts de la main gauche, il y eut croisement de l'aiguille et des doigts de la main gauche, ce qui a pu nuire à l'exactitude avec laquelle cette ligature devait être placée. Je pense qu'il est plus sûr de saisir la partie inférieure du ligament large droit, avec l'index et le pouce de la main droite, et de se servir ensuite de la main gauche, pour passer l'aiguille en dehors de ces deux doigts, en évitant de prendre un replis formé dans l'abaissement de l'utérus pour la partie inférieure du ligament.

On voit que pourvu d'une aiguille courbe, montée comme une sonde de Bellocq, je ne m'en suis pas servi; et cependant je suis persuadé à la réflexion que les ligatures eussent été plus facilement placées, et surtout avec moins de tiraillement pour faire sortir la pointe; car celle de l'aiguille montée en sonde de Bellocq, s'allongeant de cinq pouces au moins par le stylet qui pousse le ressort, aurait pu être très-facilement enfilée. Je fus détourné de m'en servir par la crainte de la longueur du tâtonnement pour passer le fil; j'eus tort.

9° Après avoir placé les ligatures, je produisis l'antéversion; je repris le bistouri boutonné convexe, et j'achevai la section du ligament large gauche, puis je séparai en partie par section, mais surtout par déchirement, la partie postérieure du col de l'utérus de la face antérieure du rectum. La partie inférieure du ligament large droit céda avec la plus grande facilité à la traction qui séparait l'utérus du rectum, et je n'eus presque rien à couper en cet endroit; toutefois la ligature droite tomba en même temps sans avoir été atteinte par le bistouri. Cet accident fait voir que la ligature avait été placée dans l'angle inférieur de la déchirure du ligament large droit,

vers son bord externe, d'où il paraît que la déchirure continua pour se terminer à l'endroit où l'aiguille était entrée.

Cette opération a duré 17 minutes.

Accidens immédiats.

1° La concentration du pouls fut assez grande après l'opération.

2° L'hémorragie ne s'annonça pas d'une manière formidable: cependant, aussitôt que la malade eut été remise dans son lit, on plaça du côté droit une pelotte allongée, portée sur une tige aplatie, dont l'extrémité soutenue sur une pile de serviettes placées sur la partie interne de la cuisse droite, forma un levier du troisième genre, au moyen d'un lac passé autour de la partie supérieure de la cuisse et de la tige. De cette manière la pelotte porta contre la partie interne du bassin, qui correspondait à droite vers l'endroit du déchirement de ce côté.

3° Les douleurs vives causées par le tiraillement que nécessita l'abaissement et par le déchirement ne cessèrent pas après l'opération; elles se soutinrent au contraire des deux côtés, et augmentèrent ensuite considérablement dans la région lombaire droite; côté dans lequel, au moment du déchirement de la partie inférieure du ligament large droit, je sentis distinctement la résistance d'un petit cordon comparable à une corde de boyau, et dont la rupture détermina une vive douleur. Je suis resté persuadé que ce petit cordon était nerveux.

4° Pendant l'opération, l'épiploon et des anses intestinales se sont présentés à la vulve au moment où j'opérais la section des ligamens. Cet accident, grâce à la dex-

térité de M. Amussat sur lequel j'avais compté pour ce cas, ne retarda pas d'une seconde la marche de l'opération, et ne fut d'aucune importance.

5° La chute des ligatures sera évitée en les portant très en dehors de l'angle inférieur de la section du ligament, et en fixant convenablement le serre-nœud, avant d'en achever la section, afin de protéger plus facilement le fil contre le bistouri, et de prévenir sa chute, lors même qu'il serait tombé dans l'angle de la section du ligament.

6° Il est arrivé pendant l'opération un accident que je n'avais pas prévu. J'ai parlé de la difficulté que j'avais eue à pénétrer dans le péritoine avec l'index déjà engagé de plus des deux tiers le long de la partie antérieure du col et du corps de l'utérus; la cause de cette difficulté vient de ce que mon doigt, au lieu de rompre le repli du péritoine qui est entre la matrice et la vessie, s'engagea entre le péritoine et la face postérieure de cette dernière, dont le fond se trouva dédoublé, aminci et ouvert par les tiraillemens, comme on le verra par l'autopsie.

Examen de la pièce enlevée.

1° La face antérieure de l'utérus se montra simplement cellulaire sur le col tuméfié. Voy. *fig.* n° 1.

2° Tout l'intérieur du col utérin, surtout à la partie postérieure, était détruit par un ulcère cérébriforme. Voy. la *fig.* n° 2.

3° La substance du corps de l'utérus était saine, jusqu'à une zône de matière carcinomateuse, un peu semi-transparente, d'un blanc jaunâtre, et de trois lignes d'épaisseur, qui séparait le corps d'avec le col réduit en sub-

stance encéphaloïde. (Voy. la *fig.* n° 2; ces deux figures sont de grandeur naturelle.)

4° La dégénérescence encéphaloïde était circonscrite au col, et séparée de celle du corps, restée saine, par la zône squirrheuse dont j'ai parlé.

Suite de l'opération.

Immédiatement remise dans son lit après l'opération, madame L.... éprouva une concentration qui ne s'est terminée que vers les cinq heures de l'après-midi, malgré les frictions et les applications de linges chauds, malgré l'éther et l'eau de menthe, administrés dans l'intention de relever les forces. L'écoulement du sang n'était pas très-abondant.

Vers les cinq heures du soir, une sonde fut introduite dans la vessie; quoique long, l'instrument pénétra presque tout entier; il n'en sortit point d'urine, mais seulement quelques gouttes de sang. Cependant une réaction douce et modérée ne tarda pas à s'établir; mais avec elle augmentèrent, dans la région iliaque droite, et vers la région lombaire du même côté, des douleurs qui devinrent de plus en plus vives, jusqu'à deux heures du matin, et qui engagèrent le médecin de garde à faire sur cette partie une application de sept ou huit sangsues, remplacées par des cataplasmes laudanisés; les piqûres donnèrent très-peu de sang, mais les douleurs n'en devinrent pas moins un peu plus tolérables, et, quoique souffrante, la malade passa assez bien le reste de la nuit.

Le 14, à neuf heures, nouvelle exacerbation, surtout des douleurs lombaires à droite : à une heure, un demi-grain d'extrait gommeux thébaïque fut donné à la malade; puis un autre demi-grain une heure plus tard.

Quelques momens après, les douleurs diminuèrent sensiblement ; madame L.... devint calme et finit par s'endormir d'un sommeil paisible, qui dura plus de vingt minutes. Cet état de bien-être, pendant lequel la malade a demandé et sucé avec plaisir plusieurs tranches d'orange, persista jusqu'à six heures, époque à laquelle je la visitai avec M. Amussat, qui, ainsi que moi, la trouva si bien, que nous la regardâmes comme à peu près hors de danger, du côté de l'hémorragie et des douleurs.

Sondée à la même heure, on retira de la vessie quelques gouttes d'urine un peu sanguinolente.

Depuis six heures du soir jusqu'à neuf, sommeil tranquille ; mais à son réveil la malade, sans souffrir davantage, se trouva singulièrement affaiblie. Alarmé par un résultat aussi inattendu, le médecin de garde, examen fait des pièces de l'appareil, crut s'apercevoir que le suintement séro-sanguin, qui depuis l'opération avait été permanent, était devenu plus considérable ; aussitôt plusieurs linges fins furent disposés par lui sur le centre d'une compresse carrée, et servirent à augmenter l'action du compresseur ; on recommença les frictions, les applications de linges chauds et de cataplasmes vinaigrés, etc. ; mais tout fut fait en vain, la malade continua à devenir de plus en plus faible, et, malgré tous les moyens propres à prévenir une extinction successive, elle expira le 15 janvier, à trois heures du matin, quarante-deux heures après l'opération.

Je donne ici textuellement les résultats de l'ouverture du corps, tels qu'ils m'ont été remis par M. le docteur Amussat.

Nécropsie faite le 16 janvier 1830, à huit heures et demie du matin, trente heures après la mort, la température étant à 10 degrés au-dessous de zéro.

Personnes présentes à la nécropsie : MM. les docteurs Amussat, Casimir Broussais, Marey, fils, médecin de la mairie, chargé de constater les décès, Moncelat, Delourg, Cormier, et MM. Labrane, Théandière, internes à l'Hôtel-Dieu, Simon et Plassant externes à l'Hôtel-Dieu.

Habitude extérieure.

« La chaleur du corps s'est un peu conservée; la face est pâle, bouffie; les paupières sont emphysémateuses; une bile noirâtre, qui certainement est l'effet d'une régurgitation cadavérique, couvre les lèvres et le menton; le ventre est ballonné; l'hypocondre gauche paraît plus tuméfié que les autres parties; des vergetures très-marquées existent sur l'abdomen de chaque côté des muscles droits, mais elles sont plus nombreuses à la cuisse du côté gauche et aux aines, qui sont le siége de phlyctènes noirâtres; la poitrine partage la tuméfaction et l'empâtement des parois abdominales; cet empâtement s'étend aux membres inférieurs; le sein droit surtout est très-gonflé et infiltré par des gaz que quelques incisions font échapper. Les parties extérieures de la génération sont extraordinairement tuméfiées.

» Le tamponnement du vagin n'est pas dérangé; on n'a pas touché non plus à l'appareil compressif de la cuisse droite.

» La rigidité cadavérique n'est pas prononcée. »

Autopsie.

« On arrose le corps avec une solution de chlorure de soude.

» L'abdomen est ouvert sur la ligne médiane, les parois sont écartées, et l'on découvre les intestins ballonnés, présentant une teinte rosée; quelques mouchetures les font s'affaisser; on les écarte à droite et à gauche pour bien voir la vessie; on introduit alors dans l'urètre une sonde qui, paraissant à nu dans la cavité du petit bassin, prouve évidemment: 1° que la vessie a été déchirée; 2° qu'il y a eu épanchement d'urine. Des ecchymoses manifestes existent sur la fosse iliaque droite.

» Il est facile de voir à gauche, entre le colon lombaire d'une part, les petits intestins et les parois abdominales de l'autre, du sang épanché, mêlé peut-être à un peu d'urine et même un petit caillot bien formé.

» Les petits intestins, qui plongent dans le petit bassin, sont relevés, et l'on peut voir facilement, de chaque côté de la vessie, les déchirures qui résultent de la séparation de l'utérus et de ses annexes par l'opération.

» Les pubis sont sciés à droite et à gauche, puis on fend transversalement le vagin, de manière à avoir la moitié supérieure et la moitié inférieure de cet organe; cette coupe permet de découvrir la vessie, dont le bas-fond se trouve détruit par la déchirure que nous avons notée en parlant de l'introduction d'une sonde dans l'urètre.

» La vessie est d'un rouge brun depuis son col jusqu'à la déchirure. Le petit cul-de-sac, formé par le péritoine derrière la matrice, est visible pour tout le monde, et à sa droite existe sur le rectum une légère déchirure correspondante au point où le col de l'utérus malade adhérait.

» Les ligatures qu'on avait placées lors de l'opération sur les vaisseaux utérins du côté gauche sont intactes; on les laisse en place.

» La poitrine est ouverte; elle contient derrière les poumons de la sérosité sanguinolente, dont la quantité peut être évaluée des deux côtés à douze onces au moins.

» On découvre l'origine de l'aorte abdominale, et on pousse une injection qui permet de voir manifestement le liquide sortir par l'artère utérine du côté droit seulement, celle du côté gauche étant embrassée par la ligature.

» De chaque côté on voit la déchirure des ovaires enlevés.

» Le rein gauche est plus sain et présente plus de consistance que le rein droit.

» La rate est volumineuse et ramollie. L'estomac et le canal intestinal ne présentent rien de remarquable. »

Recherches sur les causes de la mort de la dame L.....

Pour bien juger des causes qui ont mis obstacle au succès de l'opération chez la dame L..., je crois nécessaire de résumer quelques circonstances des trois faits d'ablation d'utérus cancéreux que j'ai faites, et des deux auxquelles j'ai assisté comme aide.

Chez Mme C..., dont l'histoire est rapportée dans le premier volume de mes *Recherches sur le cancer*, page 338, l'ablation a été opérée par ligature de chaque ligament large et rond en entier, sans résection immédiate de l'utérus : on peut voir :

1° Que la violence des accidens péritonitiques a obligé plusieurs fois à desserer les ligatures ;

2° Que la malade a subi une métro-péritonite et une vaginite violentes ;

3° Qu'en outre elle eut à supporter les inconvéniens d'une suppuration très-fétide, jusqu'à ce que j'eusse fait la résection de l'utérus, enfin sphacélé; résection après laquelle les accidens de résorption cessèrent; la malade entra en convalescence, sortit, et fit à pied des courses fatigantes, allant, par exemple, du faubourg Saint-Martin à l'Estrapade, c'est-à-dire à la distance de plus d'une lieue;

4° Qu'elle a succombé à un flux dyssentérique survenu dans le troisième mois après l'opération.

Chez la dame B..., opérée à l'Hôtel-Dieu en juillet 1829, et dont l'histoire est insérée à la fin du premier volume de mes *Recherches sur le cancer*, on a pu remarquer :

1° Que les accidens péritonitiques ont été très-modérés;

2° Que les effets de la résorption du fluide, devenu fétide après l'introduction de l'air dans le fond du vagin, furent très-prononcés (fièvre et dévoiement), et cédèrent cependant aux injections répétées d'eau simple dans cet organe, qui en fut tenu constamment rempli.

Chez la dame P..., qui est le sujet de la première observation de ce mémoire, on a vu :

1° Que la vessie s'ouvrit pendant les efforts qui furent faits pour produire l'antéversion;

2° Que l'urine s'écoula par le vagin, pendant le temps que vécut la malade après l'opération;

3° Qu'après la mort de la malade il ne s'est déclaré aucun phénomène de putréfaction, ni de ramollissement viscéral, quoique la température fût celle du mois de septembre, et que le corps n'ait été ouvert que plus de trente heures après la mort;

4° Que les douleurs furent grandes pendant l'opéra-

tion, et qu'elles ne cessèrent point après, de manière que la malade ne se releva pas de la concentration des forces qui avait eu lieu pendant l'opération; en l'absence de toute hémorragie, cette concentration paraît la cause de la mort.

Chez la dame L..., qui fait le sujet de la seconde observation de ce mémoire, on a vu :

1° Que la ligature droite était tombée à la fin de l'opération;

2° Que la malade paraît avoir succombé à l'hémorragie de l'artère utérine, à en juger par l'état de son lit;

3° Que le corps de cette femme n'a donné aucun signe de putréfaction, quoique la température fût celle du mois de septembre.

Chez la dame L..., qui fait le sujet de cette troisième observation,

1° La malade a résisté à la douleur pendant l'opération, et à la douleur consécutive à l'opération, douleur qui a été diminuée et suspendue par un seul grain d'extrait gommeux thébaïque, ce qui prouve qu'elle n'était ni au-dessus des forces de la malade, ni au-dessus des ressources de l'art, et qu'il est difficile de lui attribuer la mort;

2° Il y a eu hémorragie chez une personne débilitée d'avance et déjà décolorée par les pertes antécédentes;

3° L'urine s'est écoulée dans le petit bassin par la déchirure du fond de la vessie;

4° Les fluides stagnans dans le petit bassin ont contracté une grande fétidité par l'entrée de l'air dans le vagin pendant l'introduction du compresseur, fétidité augmentée encore par l'urine qui s'y est mêlée;

5° Il s'est développé un état fébrile avant l'époque de l'inflammation traumatique;

6° La nécropsie a fait rencontrer dans le cadavre une putréfaction anticipée, et le ramollissement de différens viscères par une température de — 10° Réaumur, quoique rien de semblable n'ait été observé chez le sujet du premier fait de ce mémoire, par une température de + 10° Réaumur.

Des remarques précédentes sur le sujet du troisième fait, il est permis de conclure que la commotion de l'opération, l'hémorragie et la fétidité des fluides absorbés dans le petit bassin, commencée aussitôt après l'opération à cause du tamponnement, ont concouru à produire la mort et à préparer l'état de putréfaction anticipée du cadavre à une température de — 10° Réaumur. J'attribue la rapidité de la décomposition du cadavre à la résorption des fluides fétides contenus dans le petit bassin. Cette fétidité spéciale me semble due au contact de l'air, car on l'a vue survenir par la même cause chez la dame B..., quoique la vessie fût restée parfaitement intacte, et on a pris garde qu'elle ne s'était pas montrée chez le sujet du premier fait de ce mémoire, quoique la vessie eût été ouverte, que l'urine s'écoulât par le vagin, et que le corps eût été soumis à une température de + 14 ou 15° Réaumur, en septembre 1829.

CONCLUSION.

J'ai fait trois fois l'ablation de l'utérus cancéreux par trois procédés différens, et voici mes résultats :

La première fois j'ai opéré par ligatures ; la malade a subi à diverses reprises tous les accidens de l'étranglement, et la guérison a été retardée par l'ajournement de la résection.

La seconde fois j'ai opéré par section et simple liga-

ture du tiers intérieur des ligamens larges, et la malade s'est rétablie sans avoir éprouvé de véritables accidens autres que ceux qui ont dépendu de l'entrée de l'air dans le fond du petit bassin. Ces accidens ont cessé immédiatement par la seule attention de tenir le fond du vagin rempli d'eau commune, comme je le fais pour les tumeurs enkystées abdominales, dont je fais l'ouverture, et depuis long-temps pour la plèvre dans l'empyème. (*Voy.* les Thèses de la Faculté.)

La troisième fois j'ai opéré surtout par déchirement; la malade a souffert davantage, la vessie a été ouverte, et la malade a succombé, comme on a vu, après quarante-deux heures.

De tout ce qui précède, je crois donc pouvoir conclure que le procédé le plus convenable est, à peu de choses près, celui que j'ai employé à l'Hôtel-Dieu, et que je vais indiquer ici avec quelques observations nécessaires.

Méthode pour l'ablation de l'utérus cancéreux, lorsque la maladie est circonscrite dans cet organe resté mobile, et sans altération appréciable de ses ligamens, du vagin, de la vessie et du rectum.

1° On doit vider d'avance le rectum et la vessie.

2° On abaisse l'utérus à la vulve en saisissant son col de la manière la plus avantageuse, au moyen de pinces-érignes fortes, dont on favorise le placement par le spéculum brisé, si cela paraît plus expéditif ou plus commode.

3° On incise transversalement le vagin sur la partie antérieure du col de l'utérus, en prenant garde au repli que peut former la vessie en cet endroit, pendant l'abaissement.

L'expérience apprendra s'il serait avantageux dans ce moment de placer dans la vessie une sonde de femme de laquelle on pourrait faire sortir latéralement deux res-

sorts analogues à ceux de la sonde de Bellocq. Ce moyen, dont l'idée est venue aussi à M. le Dr Sanson, aiderait peut-être à mieux distinguer la vessie pour le temps suivant de l'opération ; mais je pense qu'on atteindrait encore mieux le but en l'injectant, si on se décide à prendre quelque précaution de ce genre.

4° On détache le vagin d'abord, et ensuite la vessie du col de l'utérus, avec l'extrémité du doigt indicateur sous lequel on glisse le long de la matrice un bistouri boutonné herniaire, dont le bouton doit être très-aplati, de manière qu'à mesure que le doigt soulève la vessie, le bistouri agisse en rasant de très-près l'utérus sur sa partie moyenne, afin que, lorsqu'on sera arrivé au repli que forme le péritoine derrière la vessie, il ne puisse échapper. Je pense qu'il ne faut pas s'attacher à étendre beaucoup le décollement de la vessie et de la matrice sur les côtés, avant d'être entré dans le péritoine, crainte de s'engager, comme cela m'est arrivé la dernière fois entre le péritoine et la vessie, de dédoubler cette dernière, et de favoriser son ramollissement et sa destruction spontanée, même indépendamment de son déchirement pendant l'opération.

5° Le péritoine ouvert en avant de l'utérus et le corps de ce dernier organe reconnu, on dilate de chaque côté l'ouverture faite au péritoine, au moyen d'un bistouri boutonné, herniaire droit, qu'on y introduira le long de l'utérus, sous le doigt qui s'y trouve, et qu'on fera agir successivement à droite et à gauche de haut en bas, comme je l'ai fait à l'Hôtel-Dieu. De cette manière on achèvera avec plus de sûreté, la séparation de l'utérus et de la vessie.

6° L'ouverture du péritoine dilatée, et la vessie sépa-

rée de l'utérus, on opèrera la section de la moitié supérieure des ligamens larges, avec le même bistouri herniaire boutonné qui a servi à dilater. Si l'étroitesse de la vulve gêne pour redresser l'instrument, il faut, afin d'agir facilement sur les côtés de l'utérus, inciser le périné jusque près du rectum; cette incision empêchera de tomber dans l'inconvénient qui m'est arrivé, de ne couper que le ligament rond; d'ailleurs elle facilitera l'antéversion et le placement des ligatures.

7° La moitié ou les deux tiers supérieurs des ligamens larges coupés, on peut poser immédiatement les ligatures et produire l'antéversion après, ou bien commencer par cette dernière.

En commençant par l'antéversion, je crois qu'on évitera plus facilement l'inconvénient de la formation d'un repli qui simule la partie inférieure du ligament, et peut faire manquer l'artère utérine.

Je pense qu'on se servira plus commodément d'une sonde de Bellocq à dard percé en aiguille, que des aiguilles courbes, pour placer les ligatures. On devra avoir les unes et les autres.

Les ligatures ne devant rester en place que quelques jours pour la formation du caillot, et devant être desserrées en cas d'accident d'étranglement, il est nécessaire d'employer des serre-nœuds pour les assujettir.

8° Les ligatures étant posées et bien assujetties, on achèvera avec le bistouri herniaire, droit, boutonné, la section des ligamens; cette section sera faite avec lenteur, en protégeant les fils avec les doigts, et en agissant de manière à diriger le tranchant de l'instrument un peu obliquement du côté de l'organe malade.

Il est important de procéder avec beaucoup de mesure

pour terminer le temps de l'opération, surtout si l'ulcération s'étendait jusqu'au vagin.

9° Si, malgré toutes les précautions indiquées, il arrivait qu'une ligature tombât, comme on a vu que le déchirement de l'artère utérine, dans le troisième fait, n'a pas empêché l'hémorrhagie, je propose l'expédient suivant, pour éviter le tamponnement et poser une nouvelle ligature. On se souviendra que les artères utérines remontent à six lignes environ de la partie latérale et supérieure du vagin de chaque côté, pour se plonger dans la partie inférieure du ligament large, et entrer dans l'utérus vers la base de son col. En conséquence, du côté où la ligature aurait échappé, on portera l'index de la main correspondante; ce doigt servira de conducteur à une pince-érigne à griffes très-courtes, formant spéculum (voyez *fig.* 3), avec laquelle je ne crois pas impossible de ressaisir le moignon de la partie inférieure du ligament large, sur lequel on pourra placer une autre ligature au moyen de la sonde de Bellocq à dard foré.

1° Il paraît qu'on peut employer avec avantage une préparation opiatique pour calmer les douleurs consécutives, si elles ne cessent promptement.

2° Dans les premières vingt-quatre heures, les douleurs ne peuvent être inflammatoires; mais il peut arriver qu'elles dépendent de l'excès de la constriction des ligatures, qu'on pourra relâcher un peu, en prenant garde à l'hémorrhagie.

3° On combat les accidens inflammatoires traumatiques en raison de leur intensité.

4° Si l'entrée de l'air dans le fond du vagin produit la fétidité des fluides qui s'y accumulent, il faut, sans hésiter, le tenir constamment rempli d'eau simple.

Tel est le compte que j'ai cru devoir rendre des diverses opérations d'ablation d'utérus cancéreux que j'ai pratiquées, ou auxquelles j'ai assisté.

OBSERVATION

De syphilis primitive,

Par M. Buet.

Chancre indolent, communiqué par une femme affectée de syphilis constitutionnelle, mais ne présentant aucun symptôme de cette affection. Guérison sans traitement mercuriel.— Symptômes de syphilis constitutionnelle, survenus chez l'homme, *sans cause nouvelle*, deux ans après la guérison de l'affection primitive. Guérison, sans rechute, depuis six ans, par le traitement mercuriel. — Susceptibilité particulière des amygdales.

Un jeune homme de 24 ans, élève en médecine, d'un tempérament bilieux, se livrant avec ardeur à l'étude, et n'ayant jamais eu d'affection syphilitique, était à Paris depuis quinze mois, et n'avait eu aucun rapport avec des femmes depuis vingt mois environ, lorsqu'il se lia d'une étroite amitié avec une jeune femme mariée, âgée de 22 ans, présentant en un mot tous les attributs d'un tempérament nervoso-sanguin et jouissant d'une santé parfaite. Trois mois se passent sans aucun accident. Vers le milieu du quatrième, c'était au mois de mai, un chancre se déclare à la face inférieure du gland, du côté droit du frein. Son début, sa forme et son aspect le caractérisent parfaitement; par sa marche lente et le peu de douleur qu'il occasione, il appartient à ceux qu'on appelle indolens; l'inflammation ne

s'étend qu'à quelques lignes au-delà des bords de la plaie. Le malade ne fait aucun traitement particulier : il se prive entièrement de café et de liqueurs fortes, boit rarement du vin et en petite quantité, prend des bains émolliens locaux et panse l'ulcère avec de la charpie et du cérat. Au bout d'un mois environ, le chancre avait acquis assez de profondeur et d'étendue pour menacer de traverser le frein. Quelques bains tièdes d'abord, puis deux où trois bains de rivière, arrêtent les progrès du mal, et la cicatrisation ne tarde pas à être complète.

Voilà, je pense, de bien beaux résultats pour un traitement si simple ! La guérison était-elle radicale? C'est ce que nous verrons plus loin. Cherchons d'abord l'étiologie de cette affection, s'il est possible, et rapportons toutes les circonstances fort remarquables, qui ont précédé et accompagné son apparition.

L'examen le plus minutieux des organes génitaux est fait à l'œil nu et armé d'une loupe, et au moyen du *speculum*, afin de pouvoir explorer toute la profondeur du vagin. Toutes les parties sont reconnues dans l'état le plus sain et parfaitement en rapport avec la santé brillante dont la jeune femme paraissait jouir. Cependant, cette dame se rend secrètement chez le médecin le plus renommé, à cette époque (1822), pour le traitement de ces maladies, et en rapporte un certificat en bonne forme, qui établissait l'intégrité absolue des parties, et dans lequel on émettait l'opinion que le chancre avait été nécessairement puisé à une autre source, attendu que l'écoulement leucorrhéique existant et dont nous allons parler, n'avait aucun caractère syphilitique.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, le jeune homme n'avait cohabité avec aucune femme depuis plus de vingt mois, et n'avait des relations qu'avec celle-ci *seule* depuis environ

trois mois. Le jeune homme, qui ne pouvait se rendre compte de cet accident, chercha à connaître tous les antécédens de la vie de la dame; les marques de franchise qu'elle donna dans cette circonstance ne permettent pas d'élever le moindre doute sur la véracité de son récit.

A l'âge de 16 ans, elle avait été mariée à un officier en activité de service, qui avait eu plusieurs affections vénériennes et entre autres des blennorrhagies, dont il n'était pas entièrement guéri à l'époque de leur mariage. Cependant, disait-elle, comme il se conduisait avec beaucoup de réserve à son égard, elle n'en fut jamais atteinte. Elle ne cessa d'affirmer qu'elle n'avait jamais eu le moindre symptôme syphilitique, qu'elle n'avait jamais éprouvé le moindre dérangement dans sa santé, qui eût quelque rapport à une affection de cette nature. Seulement depuis trois ans environ, elle avait de temps à autre, et principalement à l'époque menstruelle, des *flueurs blanches* peu abondantes et accompagnées de démangeaisons à la vulve, quelquefois insupportables; circonstances pour lesquelles elle avait déjà consulté le jeune homme depuis longtemps, mais qui ne lui inspiraient aucune crainte. Examinée en temps opportun, sa leucorrhée n'offrit rien de particulier; la membrane muqueuse était un peu plus rouge que dans l'état ordinaire; les démangeaisons paraissaient dues à une irritation locale et à la présence, à l'intérieur des lèvres, de vésicules blanchâtres, disséminées çà et là, extrêmement petite, à peine sensibles à l'œil nu, et remplis d'une eau limpide. Une fois vidées, il en résultait un petit point rouge et quelque cuisson au passage de l'urine. L'apparition des règles faisait cesser et l'écoulement muqueux et les démangeaisons. Elle affirmait aussi avoir la certitude que son mari n'avait eu aucune affection nou-

velle depuis son mariage : celui-ci jouissait d'une santé robuste depuis plusieurs années, ainsi qu'à l'époque où ces faits se sont passés.

Après la guérison du chancre, le jeune homme n'eut plus d'intimité avec cette dame.

Vers le milieu de juillet, M. est atteint d'une gastro-entérite grave, traitée par M. le professeur Chomel au moyen de boissons adoucissantes et acidulées, de potions calmantes, de lavemens émolliens, etc., et d'une diète rigoureuse pendant plus de vingt jours. La convalescence se déclare du trente au trente-cinquième jour; elle est signalée par une éruption de taches rouges sur toute la poitrine et une amygdalite très-douloureuse qui dura trois ou quatre jours.

Depuis cette époque, le jeune homme, placé dans des circonstances pénibles, vécut dans une complète abstinence. Au printemps de l'année 1824, c'est-à-dire deux ans après la guérison de l'affection vénérienne, sa santé insensiblement s'altéra; il avait de fréquentes amygdalites, une céphalalgie presque continue; sont teint jaunissait, l'appétit diminuait de plus en plus, et il éprouvait presque constamment des démangeaisons vives à diverses régions du scrotum. Ce malaise alla en augmentant jusqu'au mois de juillet; alors des ulcères de nature vénérienne se manifestent à l'arrière-bouche et au voile du palais; le mouvement fébrile devient très-fort, et ne présente qu'une légère rémittence depuis midi jusqu'à trois heures. Sueurs nocturnes abondantes, amaigrissement considérable, insomnie complète, céphalalgie continue, soif inextinguible. Bientôt le scrotum se couvre de nombreuses pustules muqueuses, et se tuméfie considérablement. Malgré cet état fâcheux, le malade est encore obligé de se livrer une

partie de la journée aux devoirs d'un emploi qui est son unique ressource, et tout le traitement consiste à faire usage de gargarismes avec quelques grains de muriate sur-oxigéné, à appliquer des compresses émollientes sur les organes génitaux, à prendre quelques bains simples et des boissons rafraîchissantes. Il avait été obligé de supprimer l'usage des pilules de M. Dupuytren, dès la cinquième ou la sixième, parce qu'elles augmentaient prodigieusement les sueurs et entretenaient une constipation des plus opiniâtres. Les ulcères de l'arrière-bouche et du voile du palais avaient fait des progrès; la voix étaient nasale, le malade pouvait à peine prononcer un mot, à cause de l'extrême douleur produite par le mouvement que l'air imprimait aux organes de la parole. Enfin il fut forcé de céder à la violence de ces maux réunis, et il s'alita le 10 septembre.

Le 12, des points rouges nombreux, semblables à des piqûres de puces, se manifestent sur les extrémités supérieures et inférieures, sur le thorax et le tronc.

Le 15, il est transporté dans une maison de santé, où il arrive avec tous les symptômes d'une syphilis constitutionnelle grave, et d'une gastro-duodénite aiguë : ulcères d'aspect vénérien à l'arrière-bouche et au voile du palais, ulcères muqueux, larges et profonds sur la presque totalité du scrotum, avec tuméfaction considérable de cet organe; de nombreuses pustules croûteuses sont déjà formées sur les extrémités et le tronc; d'autres tendent à se développer. Il est à remarquer que, depuis l'apparition de ces dernières, il s'était fait une amélioration notable dans l'état de l'arrière-bouche; l'inflammation était diminuée, la douleur peu considérable; les ulcères ne faisaient plus de progrès; d'autre part, céphalalgie insupportable, fièvre

très-forte, pouls fréquent et plein, peau très-chaude et sèche; teint ictérique de la face; région épigastrique tendue et douloureuse à la pression; bouche amère, soif vive; inappétence complète; langue recouverte d'un enduit jaune, rouge à la pointe et sur ses bords: faiblesse générale. Les deux jambes, dont les tégumens étaient irrités et tuméfiés par la présence de nombreuses et très-larges pustules, étaient si douloureuses, que le malade ne pouvait en aucune manière s'en servir.

Le médecin de l'établissement s'attacha principalement à combattre l'affection des voies digestives, et à rétablir l'équilibre dans l'économie, en faisant disparaître les symptômes d'excitation générale, avant de commencer un traitement spécal contre la syphilis constitutionnelle. Ce but fut promptement atteint par des applications de sangsues sur l'épigastre et de cataplasmes émolliens sur tout l'abdomen; des bains entiers, des lavemens de guimauve, des boissons rafraîchissantes variées, et la diète; en même temps les parties génitales étaient baignées plusieurs fois par jour dans un liquide émollient et opiacé, et les extrémités inférieures enveloppées dans de vastes compresses trempées dans l'eau de guimauve.

Au bout de quinze à vingt jours, il y avait une très-grande amélioration, et le malade fut jugé en état de commencer le traitement mercuriel. On prescrivit l'usage du deuto-chlorure de mercure en pilules, suivant la méthode de feu Cullerier, des boissons laxatives et adoucissantes et des bains entiers. Les pustules muqueuses du scrotum étaient entièrement cicatrisées; les croûtes des pustules du tronc et des membres se desséchaient, et tombaient successivement, et en peu de jours il ne resta plus que

les cicatrices cuivrées qu'elles laissent après elles et dont l'empreinte est en général ineffaçable.

Mais le malade ne devait pas être quitte à ce prix. Une ophthalmie des plus violentes se déclare du côté droit : les paupières énormement gonflées, le globe de l'œil d'une rougeur uniforme, et tuméfié; suppuration très-abondante; pupille entièrement effacée, vision supprimée; douleur lancinante, profonde et très-vive, principalement la nuit. On supprime le traitement mercuriel; on pratique une saignée générale; de nombreuses sangsues sont appliquées à différentes reprises aux tempes et derrière les apophyses mastoïdes; pédiluves journaliers; collyres émolliens simples d'abord, puis opiacés; cataplasmes de farine de graines de lin, arrosés de laudanum, sur l'œil; lavemens purgatifs, pédiluves, boissons laxatives, diète. Dix jours plus tard, on applique un vésicatoire à la nuque. Ce traitement, continué avec persévérance, n'amène une amélioration notable qu'au bout de six semaines. Les paupières étaient entièrement dégorgées, la conjonctive oculaire n'était plus que d'un rouge pâle; il n'y avait plus ni suppuration ni douleur, et l'iris commençait à se contracter suffisamment pour laisser passer quelques rayons lumineux : le malade voyait comme à travers un brouillard très-épais. On avait soin de bien entretenir le vésicatoire. L'amélioration augmentait chaque jour, et le malade fut soumis de nouveau au traitement mercuriel, mais, par la liqueur de Van-Swieten, à petites doses, unie au sirop de Cuisinier, l'apparition de symptômes d'irritation gastrique et de gengivite en fit suspendre l'usage pendant quelques jours. Repris ensuite, on le continua jusqu'à la fin d'octobre. A cette époque l'œil droit touchait presque à sa guérison; l'inflammation externe avait entièrement

disparu, et la vue était, à peu de chose près, aussi bonne que dans l'état naturel, c'est-à-dire que la portée en était la même que dans l'état sain, mais les objets apparaissaient sous une dimension beaucoup plus petite.

Tout annonçait que cette terrible affection serait enfin terminée, mais en vingt-quatre heures l'œil du côté gauche est pris d'une inflammation non moins violente que celle du côté droit. Cependant la douleur lancinante n'était ni aussi vive ni aussi profonde. Je fais cette remarque, parce que, à mon avis, c'est principalement le degré d'intensité de cette douleur qui caractérise le degré de gravité de l'ophthalmie; ainsi que nous le verrons, les résultats du traitement et l'issue de la maladie viennent à l'appui de cette opinion. Ce nouvel accident nécessita encore une fois la suspension du traitement mercuriel. Nous ne ferons pas l'histoire de cette seconde ophthalmie dans tous ses détails. Les mêmes moyens donnèrent les mêmes résultats que dans le cas précédent. Aussitôt que les symptômes inflammatoires eurent perdu leur plus grande acuité, on revint avec prudence à l'usage de la liqueur de Van-Swieten, à doses fractionnées et méthodiquement augmentées. L'association du médicament spécial aux moyens antiphlogistiques et anodins, appliqués à l'intérieur, produisit une prompte amélioration. Cependant ce n'est que vers la fin de décembre que la guérison fut complète des deux côtés, mais avec cette différence, que l'œil gauche avait recouvré toutes ses facultés antérieures, tandis que la vue était et a toujours été, depuis, plus courte et moins distincte du côté droit. Le vésicatoire était toujours entretenu avec soin; il ne fut supprimé qu'au commencement de février 1825, époque à laquelle le traitement mercuriel fut également jugé suffisant. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis six ans,

l'individu a joui et jouit encore aujourd'hui d'une santé parfaite. Seulement il a conservé une disposition particulière à l'inflammation des amygdales, pour la moindre cause. Une particularité que je crois devoir noter, sans lui donner plus d'importance qu'elle ne mérite, c'est qu'un verre de bière suffit pour reproduire l'amygdalite. L'expérience, plusieurs fois renouvelée, ne laisse aucun doute sur l'action morbide directe de cette boisson, quelle que soit d'ailleurs la disposition générale du sujet au moment où il la prend; aussi a-t-il été obligé de s'en priver entièrement.

Il est nécessaire maintenant, pour compléter cette observation, de jeter un coup d'œil rapide sur ce qui s'est passé chez la dame dont il a été question et chez son mari, depuis l'époque où l'affection primitive s'est développée chez le jeune homme qui en fait le sujet. Tous les deux ont été constamment et sont encore aujourd'hui d'une parfaite santé. Jamais il n'est survenu chez la femme le moindre symptôme de syphilis constitutionnelle; mais on remarque que ces avantages physiques ont subi des ravages qui ne sont en rapport ni avec son âge, ni avec l'espace de temps qui s'est écoulé depuis : elle a maigri, son teint fleuri a disparu, la peau est terne, et même les cheveux et les sourcils ont perdu ce noir brillant qui les distinguait; ils sont presque devenus châtains. Le mari a eu plusieurs fois, au printemps, une fluxion au nez, d'apparence scrofuleuse, et que le médecin regardait comme en partie syphilitique; du reste elle n'a pas eu de suite.

Résumons.

1° Il est certain qu'aucun symptôme *évident* d'infection syphilitique n'existait chez la femme au moment où le chancre s'est développé chez le jeune homme.

2° Il n'est pas moins certain que celui-ci ne peut en rechercher la cause ailleurs que dans sa cohabitation avec cette femme.

3° Il est à remarquer que le mari n'a jamais, ni avant ni depuis l'époque où les faits ont eu lieu, présenté aucun signe d'infection constitutionnelle, dont il faut nécessairement reconnaître l'existence chez la femme.

4° On peut d'autant moins supposer chez elle une infection récente que, depuis plusieurs mois, et même avant qu'il s'établît entre eux des liaisons particulières, elle avait consulté cet élève en médecine pour être délivrée de *ses flueurs blanches et de ses démangeaisons*, seuls symptômes douteux qui se présentent; et qu'alors, c'est-à-dire à une époque où elle n'avait aucun motif de lui cacher la vérité, elle lui avoua qu'elle éprouvait ces incommodités depuis plusieurs années.

5° Les symptômes de syphilis constitutionnelle, survenus deux ans plus tard chez le jeune homme, sont nécessairement le résultat de l'infection primitive, puisqu'il est de fait qu'il ne s'est exposé à aucune cause nouvelle.

6° Aucun symptôme consécutif ne s'est déclaré chez cette femme depuis six ans.

Ces faits posés, nous n'entrerons pas dans une longue discussion à propos d'une observation qui parle assez d'elle-même; nous nous bornerons à de courtes réflexions.

Que la femme dont il s'agit ait eu, ou non, à une époque antérieure à ses relations avec le jeune homme, des symptômes de syphilis aiguë, cette question est tout-à-fait oiseuse. Ce qu'il est important de constater, c'est qu'elle n'en présentait aucun alors, si ce n'est cet écoulement leucorrhéique et cette éruption de la muqueuse des lèvres, auxquels on n'aurait certainement pas attribué un carac-

tère syphilitique sans l'événement. Mais est-ce à l'écoulement muqueux ou à la matière des vésicules qu'on doit attribuer l'infection? c'est ce que, dans mon opinion, il serait difficile de décider. Il n'est pas facile non plus d'expliquer comment le jeune homme avait eu impunément des rapports journaliers avec elle, pendant trois mois environ, et comment le mari a pu constamment s'approcher sans danger. On n'a, pour expliquer ce cas, que des données physiologiques dont la portée est bien sujette à contestation.

Dira-t-on que le chancre indolent, dont il s'agit, est l'effet d'une irritation des parties? mais il présentait tous les caractères qu'on observe constamment et qui ne varient jamais dans l'ordre des maladies par cause syphilitique. Nous avons vu une foule de plaies produites mécaniquement par l'acte du coït, ou par un excès d'irritation (*échauffement*), et jamais nous n'y avons remarqué quelque analogie avec les chancres.

Pour être convaincu de l'étroite liaison qui existe dans le cas actuel entre les symptômes consécutifs et l'affection primitive, il suffit de se rappeler les circonstances de l'histoire de la maladie. Aucun motif n'existe en faveur de l'hypothèse d'une infection nouvelle.

Prétendra-t-on que ces symptômes que nous appelons *consécutifs* constituent un genre de maladie particulier, analogue à celui de certaines affections cutanées, et indépendant de toute cause syphilitique? Il y a malheureusement, dans ce fait, un assez grand nombre d'accidens, dont le caractère trop évident nous permet à bon droit de répondre par un sourire de pitié à ceux qui ont eu le courage d'émettre une semblable opinion.

D'après ce que nous venons de dire, on conçoit toute

l'importance qui se rattache à cette observation. Nos adversaires nient l'existence latente de la syphilis, pendant un temps plus ou moins long, pendant des mois ou des années : et le principal argument qu'ils opposent aux faits, est tiré du peu de foi qu'on doit ajouter aux récits des malades; ils contestent même l'exactitude des détails observés et décrits. Cette observation a donc l'avantage de ne se prêter à aucune interprétation évasive, de se présenter avec tous les caractères de l'authenticité la mieux constatée. Et que l'on ne dise pas qu'en pareille matière de nouvelles preuves sont superflues, que les *physiologistes* ne croient pas eux-mêmes aux opinions qu'ils professent : ils vous répondront qu'ils ont trop bonne opinion de nous pour penser que nous ajoutons foi à ce que nous écrivons. La question est donc encore dans le même état, au moins en apparence : or, comme se sont les faits et les écrits qui influent sur la médecine pratique, on ne saurait trop accumuler les preuves, et des preuves telles que nos adversaires soient réduits à ne pouvoir soutenir leurs thèses qu'en niant l'existence du soleil.

LITHOTOMIE.

Observation lue à l'Académie Royale de médecine.

Par M. Hervez de Chegoin.

Le malade qui fait le sujet de cette observation avait été soumis dix à douze fois à des tentatives de lithotritie.

La première tentative de lithotritie eut lieu dans le mois de mars dernier. La pierre fut saisie et l'instrument

y pénétra de plusieurs lignes. Deux autres furent faites à cinq jours d'intervalles, mais la pierre ne put être saisie. La présence des instrumens était douloureuse, et fut suivie chaque fois d'un léger écoulement de sang. L'opérateur avoua franchement au malade qu'il fallait renoncer à la lithotritie.

Celui-ci, que l'opération de la taille effrayait singulièrement, voulut encore essayer de l'adresse d'un autre lithotriteur, qui, après trois ou quatre tentatives faites avec le plus grand ménagement et avec peu de douleur, si ce n'est une fois, porta le même jugement que le premier. Le malade ne s'en tint pas à ces deux avis. Un troisième chirurgien fut appelé, la pierre fut saisie deux fois et le foret pénétra dans le trou déjà fait. Dans une troisième séance, l'instrument ne pénétra pas facilement dans la vessie, le mouvement de bascule fut difficile et le malade éprouva un choc douloureux. Il s'écoula un peu de sang.

Déjà le malade avait des envies fréquentes d'uriner, et sa vessie ne pouvait conserver quelques cuillerées d'eau, quand on voulait en injecter.

Ces envies d'uriner devinrent plus fréquentes et plus douloureueuses les jours suivans. Je vis le malade à cette époque; je le sondai et rencontrai la pierre au col de la vessie. Le contact de l'instrument était si douloureux que le malade me permit à peine de faire les recherches nécessaires pour m'assurer du volume de la pierre; je touchai la prostate par l'anus, et je ne trouvai pas qu'elle fît dans le rectum une saillie considérable. Les douleurs allèrent en augmentant, et les envies d'uriner devinrent si fréquentes que le malade ne dormait plus; il urinait toutes les cinq minutes, et avec des cris affreux; sa figure se gonflait

et son corps se courbait en deux et en avant, dans un état convulsif; il parcourait sa chambre, répandant ses urines sur le carreau, et ne pouvant retenir ses matières fécales; les urines étaient remplies de flocons blanchâtres; plus tard elles devinrent filantes, comme dans les catarrhes de la vessie. A ces symptômes se joignait de la fièvre, qui cependant n'était pas en rapport avec l'intensité des douleurs.

Plusieurs fois on appliqua des sangsues à l'anus et au périnée. On voulut mettre le malade dans un bain, mais il ne put y rester, parce que le besoin d'uriner se renouvelait plus souvent; il finit cependant par le supporter, et en prit deux par jour.

Quinze jours s'étaient écoulés dans cet état continuel de souffrances, et le malade, dans cet espace de temps, avait maigri singulièrement; sa figure était altérée, son courage abattu; vaincu par les douleurs, il demandait l'opération qu'il avait tant de fois refusée.

Nous ne doutions pas que ces accidens étaient dus à une inflammation de la vessie, mais nous pensions aussi qu'ils étaient entretenus par la présence de la pierre. MM. Pilliotte et Leroy d'Etioles pensaient de même; et quinze jours d'attente, avec tous les moyens calmans et antiphlogistiques n'ayant apporté aucune amélioration, nous regardâmes l'opération comme le seul moyen qui offrait des chances de succès. Je parlai de ce malade à un grand chirurgien, je lui exposai son état; il pensa aussi qu'il fallait l'opérer; qu'autrement il succomberait à l'inflammation de la vessie, qui finirait par s'étendre aux reins.

Je l'opérai le jeudi 23 juillet; la veille, j'avais de nouveau introduit le doigt dans le rectum, et j'avais remar-

qué que la prostate était plus volumineuse que la première fois; j'en avertis M. Pilliotte.

L'opération n'offrit rien de particulier; je la fis selon la méthode latéralisée; l'incision extérieure était très-grande; je n'ouvris le lithotome qu'au n° 9, et j'agrandis la plaie en pressant en bas avec mon doigt et avec le bouton; la pierre échappa une première fois; je la saisis à la seconde, et l'amenai sans effort. Je voulus mettre dans la plaie une canule entourée d'amadou pour s'opposer à une hémorrhagie qui n'avait encore fourni que quelques onces de sang; mais le malade impatient après son opération, comme auparavant, s'y opposa entièrement, et la retira lui-même avant qu'elle ne fût fixée, le sang ne tarda pas à s'arrêter. Les douleurs pour uriner continuaient après l'opération, mais moins fréquentes; le lendemain soir, pendant que j'examinais la plaie, le malade rendit par l'anus, devant moi, plusieurs onces de pus roussâtre, fétide comme dans les cas d'abcès stercoraux; dans la nuit il passa un peu d'urine par la plaie; le surlendemain les urines y passèrent entièrement; leur présence dans le rectum détermina une diarrhée glaireuse, jaunâtre et très-abondante, qui diminua dès le lendemain. Le quatrième jour il ne passait presque plus rien, et nous renonçâmes au projet que nous avions eu de mettre une sonde dans la vessie par la verge ou par la plaie.

Malgré ces accidens l'état général était très-satisfaisant; le pouls ne donnait que 72 pulsations, le ventre était souple et sans la moindre douleur.

Le cinquième jour l'urine passait par la plaie seulement, et quelques gouttes par la verge, toujours avec douleur; le sixième jour, le malade qui avait déjà parlé d'une douleur sourde dans la jambe gauche en dedans du

tibia, à sa partie moyenne, et profondément, s'en plaignit davantage, et on reconnut en effet un peu de tuméfaction. On appliqua des cataplasmes. La douleur devint plus vive le lendemain; le gonflement s'étendit à tout le mollet et jusqu'au pied; on donna un bain, qu'on renouvela deux fois les deux jours suivans.

Le onzième jour, le gonflement persistait, mais avec moins de douleur; il était assez circonscrit; la couleur rosée de la peau et l'empâtement nous avaient fait croire à une suppuration profonde; une trace rouge bien légère s'étendait du point malade à trois pouces au-dessus du genou; les glandes de l'aine étaient à peine douloureuses; malgré cela le malade était plus calme, sans fièvre; on lui donna un potage qu'il désirait. Néanmoins il souffrait toujours en urinant, et avait pris l'habitude de crier de toutes ses forces à la moindre douleur, même pour celle qui résultait d'un mouvement pour prendre une autre position. Le pouls s'éleva à 110 pulsations.

Le douzième jour, la jambe gauche était aussi devenue un peu douloureuse, précisément au même point que l'autre, et l'on y sentait aussi un point plus dur; à cette époque il survint un mal de gorge avec gonflement autour du larynx, et difficulté d'avaler, ce qui fut attribué aux cris aigus que le malade avait poussés. Enfin M.... s'affaiblit, et mourut sans autre symptômes le quinzième jour après l'opération. Il fut ouvert le lendemain.

La veine saphène interne, qu'on avait soupçonnée malade, était intacte dans toute son étendue; en incisant l'aponévrose qui unit le bord interne du soléaire au tibia, nous aperçûmes une cuillerée à café de pus roussâtre, que nous suivîmes jusqu'à la veine tibiale postérieure, d'où il venait; au moins elle en contenait de tout sem-

blable, et avant d'avoir été incisée, la pression en faisait sortir ; cette veine était épaissie ; sa paroi interne, essuyée, était à peine rouge. A quelques pouces au-dessus de ce point la veine était remplie par des caillots de sang de différentes densités ; la veine crurale était également remplie par du sang coagulé offrant aussi des aspects différens, ici noirâtres comme un caillot ordinaire, là n'offrant plus qu'une teinte roussâtre avec une surface inégale, comme chagrinée et humectée par un liquide comme purulent ; ailleurs ce même caillot se présentait sous l'apparence d'une membrane d'un blanc sale, mince, recouvrant la face interne de la veine, comme une fausse membrane ; partout il était facile de soulever avec une sonde cannelée, passée dessous, ces différentes transformations du caillot, et partout la membrane interne de la veine était pâle. La vessie était petite, de trois à quatre pouces de diamètre en travers, un peu moins d'avant en arrière ; sa surface interne était grisâtre, sans ulcération ni lésion physique aucune ; la prostate était volumineuse, mais ses lobes faisaient plus saillie en haut et sur les côtés qu'inférieurement ; le col de la vessie avait une longueur considérable par la même raison, ce qui explique pourquoi les instrumens avaient tant de peine à agir. Les bassinets contenaient un mucus rougeâtre ; les reins étaient mous et entourés de beaucoup de graisse. Ce n'était point dans l'épaisseur de la vessie que l'abcès dont nous avons parlé avait son siége, c'était immédiatement au-devant et au-dessous d'elle, entre la fin du canal de l'urètre, le col de la vessie et la paroi antérieure du rectum ; le foyer purulent bien circonscrit avait près de deux pouces de diamètre. Il n'y avait pas la moindre suppuration dans le tissu cellulaire du petit bassin, la glande prostate n'avait pas été incisée dans toute son épaisseur.

Cette autopsie a été faite en présence de MM. Leroy d'Etioles, Pilliote et Thomas de Saint-Mars, qui avaient gardé le malade et recueilli l'observation.

NOUVELLE INOCULATION

Du virus de la varioloïde.

Rapport fait à l'Académie royale de médecine, le 19 janvier.

Par M. Bousquet.

En 1826, il régna à Saint-Pol-de-Léon (Finistère), une épidémie si meurtrière de petites véroles que, dans l'espace de moins de cinq mois, elle enleva 285 personnes, sur une population de 6,225 : c'est à peu près une sur vingt-deux.

Témoin des ravages de cette épidémie, M. Guillou pensa d'abord au seul moyen capable d'en arrêter les progrès ; mais il n'avait pas alors de vaccin, et le pays en était dépourvu. Cependant le danger était pressant : comment suppléer au préservatif qui lui manquait et quel parti prendre? les bienfaits de l'inoculation se présentent heureusement à son esprit ; mais au lieu d'inoculer le virus de la petite vérole, il imagine d'inoculer celui de la varioloïde qui régnait en même temps. Il ouvre en effet un bouton sur une jeune personne de quinze ans que la vaccine n'avait pu préserver de cette espèce d'éruption, et pique aussitôt un enfant encore à la mamelle.

Cette inoculation produisit des boutons superbes et si semblables aux boutons vaccins que M. Guillou n'hésita

pas à les prendre pour tels, malgré ce qu'il savait de la nature du virus inoculé. Cependant, voulant vérifier un fait si extraordinaire, il reprit du virus sur cet enfant, et la même opération répétée quarante-deux fois, donna constamment les mêmes résultats.

Encouragé par ces premiers essais, M. Guillou rassemble les autorités du pays et la plupart de ses confrères de Saint-Pol et des environs, et refait sous leurs yeux ce qu'il n'avait fait encore qu'à huis clos. Il inocule ou fait inoculer successivement le virus de la varioloïde à plus de six cents enfans; et la même cause amène toujours les mêmes effets, c'est-à-dire que les boutons de la varioloïde, parfaitement conformes à ceux de la vaccine, se reproduisent toujours en nombre égal au nombre des piqûres pratiquées par l'opérateur.

Cependant, dans une lettre écrite à notre honorable collègue M. Kergaradec, M. Guillou avoue qu'il a vu dans quelques cas, à la vérité très-rares, de petits boutons dans l'intervalle des piqûres, et même qu'il s'en est manifesté quelques autres sur diverses parties du corps.

Mais ces cas sont en si petit nombre, comparativement aux autres, qu'on ne les mentionne que par une sorte de scrupule; aussi n'ont-ils pu dissuader M. Guillou de cette pensée, savoir, que la varioloïde produit la vaccine, et par conséquent qu'il y a identité entre ces deux éruptions. C'est là sa *découverte;* c'est là l'objet du mémoire dont nous avons l'honneur d'entretenir l'Académie.

Il y a environ deux ans que la première nouvelle des experiences de M. Guillou nous est parvenue. Je me souviens encore de l'impression qu'elle produisit sur l'Académie. La varioloïde produire la vaccine! Au premier

bruit de ces expériences, la commission de vaccine du temps, dérogeant pour cette fois à l'usage, crut devoir comprendre dans son rapport un travail que la date même qu'il portait semblait devoir en exclure; mais la pratique du médecin de Saint-Pol avait eu une grande publicité, et elle pensa qu'elle ne saurait mettre trop d'empressement à protester contre l'interprétation d'un fait dont on pouvait tirer de *dangereuses inductions*.

Vous savez, Messieurs, que les phénomènes les plus extraordinaires perdent presque tout le merveilleux dont ils paraissent d'abord entourés à mesure que ces phénomènes se multiplient. Acceptant les expériences de Saint-Pol, sur la bonne foi de leur historien, votre commission se borna à les rapprocher de faits analogues et consignés dans le rapport sur les vaccinations de 1821. On lit dans ce rapport qu'un paysan, appelé Chastenet, des environ de Périgueux, s'avisa d'inoculer à un de ses enfans la matière variolique, qu'il prit sur une petite fille du voisinage alors atteinte de la petite vérole; or, il arriva précisément ce qu'on a vu, cinq ans plus tard, à Saint-Pol-de-Léon, c'est-à-dire que l'inoculation du virus varioleux ne donna que les boutons d'insertion. Il inocula de la même manière quinze à seize enfans, et sur ce nombre, tout se passa comme on vient de le dire. Les autres eurent, avec une fièvre plus forte, des vomissemens et une éruption varioleuse au visage et sur le reste du corps, selon la marche ordinaire de la petite vérole inoculée.

Il y a, ce nous semble, la plus grande analogie entre les faits de M. Guillou et ceux du paysan Chastenet, si ce n'est pourtant que cet homme opérait avec le virus de la variole, tandis que le médecin de Saint-Pol opérait avec le virus de la varioloïde; si ce n'est encore que l'un

agissait sans trop savoir ce qu'il faisait, tandis que l'autre comprenait où cherchait à comprendre ce qu'il observait.

Cependant le bruit des expériences de M. Guillou se répandit bientôt dans toute la France, avec le rapport sur les vaccinations du royaume. Un médecin d'Orange, M. Dugat, surpris du résultat et voulant le vérifier par lui-même, résolut de recommencer les essais de M. Guillou et ceux de Chastenet. Il inocula d'abord la petite vérole à vingt-trois enfans : l'éruption présenta chez tous la forme de la vaccine; mais les uns n'avaient que des boutons d'insertion, les autres avaient, avec ces boutons, une éruption générale. Un seul eut une petite vérole confluente.

Le même inocula ensuite, et par voie de comparaison, la varioloïde à vingt-une personnes, et les résultats furent absolument les mêmes. Toutes offrirent une éruption *vacciniforme*, pour me servir des expressions de l'auteur; mais, dans cette expérience, comme dans les précédentes, les unes en furent quittes pour l'éruption locale, et les autres eurent, outre l'éruption locale, une éruption générale, qui trahissait la nature du virus employé.

M. Boucher, de Versailles, dont vous avez si souvent récompensé les talens et le zèle, inocula, au printemps de l'année dernière, le virus varioleux à sept enfans que des parens avaient refusé de faire vacciner; et, quoique ce virus provînt presque toujours d'une variole confluente, il ne reproduisit cependant que des boutons locaux hors une seule fois, où il se manifesta une centaine de boutons dispersés sur toute la surface du corps.

Il est à remarquer que deux de ces enfans restèrent constamment dans une chambre peu spacieuse, auprès

de leur frère atteint d'une petite vérole confluente, et cependant ils ne se ressentirent en rien de ce voisinage qui semblait devoir leur être si funeste.

Nous ne ferions pas à M. Boucher l'injure d'en appeler de son témoignage à celui de MM. Noble, Maurin, Borie, Leroy, etc., s'il n'avait pris lui-même le soin de citer les noms de ces honorables confrères, comme pouvant attester au besoin l'exactitude de faits qui se sont passés sous leurs yeux.

Dans le désir de multiplier, autant qu'il était en lui, les témoins de ses expériences, M. Boucher amena, le 22 avril, à l'Académie royale de médecine, Joséphine Legrand, petite fille de onze mois, à laquelle il avait inoculé, huit jours auparavant, le virus de la petite vérole. Il choisit à dessein le jour et l'heure des vaccinations gratuites; en sorte que cinq ou six médecins, venus pour prendre du vaccin, purent constater avec nous que l'éruption était purement locale, et si semblable à la vaccine, qu'à moins d'être prévenu il eût été impossible de l'en distinguer.

M. Boucher, ayant témoigné le désir de voir poursuivre les expériences qu'il avait commencées, je pris du virus sur l'enfant qui m'était présenté, et je l'inoculai publiquement à deux enfans trouvés, avec l'attention toutefois d'en avertir le médecin de l'hospice, afin qu'il surveillât de plus près ces petits malades, ou qu'il les mît en séquestre, s'il le jugeait à propos. Tout se passa à Paris comme à Versailles, et l'éruption se borna aux seuls boutons d'insertion.

Enfin, je soumis encore deux autres enfans à la même épreuve, mais cette fois le résultat fut un peu différent. L'un n'eut qu'une éruption locale, l'autre une

petite vérole discrète, et de plus un anthrax sur chaque bras, ce qui ne l'empêcha pas de se rétablir.

Comparez maintenant tous ces faits et vous serez frappé de leur analogie. Partout on voit le virus de la variole ou de la varioloïde reproduire, tantôt une éruption locale, et tantôt une éruption générale, sans qu'on puisse assigner la cause de cette différence. A ne considérer que la première, l'éruption locale, il n'y a pas lieu de s'étonner qu'on ait pris le produit de la variole ou de la varioloïde inoculée pour le produit de la vaccine; car les apparences sont à peu près les mêmes. Aussi, ce n'est pas d'aujourd'hui qu'elles ont été remarquées. Elles avaient attiré l'attention des premiers vaccinateurs, et de Jenner lui-même. Il rapporte, page 42, l'histoire d'Hannah Excell, jeune fille de sept ans, qu'il avait vaccinée, et il remarque a ce propos que « les pustules au douzième » jour ressemblaient si fort à celles de la variole, qu'un » inoculateur expérimenté aurait eu bien de la peine à » découvrir une ombre de différence entre elles. » Jenner revient plusieurs fois sur cette ressemblance; il dit ailleurs que « la vaccine, au huitième jour, présente absolument » les mêmes symptômes que la petite-vérole inoculée. » Enfin, il ajoute que l'expérience lui a appris que la seule différence qui distingue les boutons vaccins, c'est que le fluide qu'ils contiennent se conserve limpide jusqu'au dernier moment, tandis que celui que renferment les boutons varioleux devient purulent à une certaine période.

On put juger, par ces dernières lignes, de l'embarras qu'éprouvait Jenner pour distinguer les boutons de la vaccine de ceux de la variole inoculée. Il faut en effet qu'il fût bien grand cet embarras, puisqu'il l'a jeté dans

une erreur si manifeste. Les vaccinateurs les moins exercés savent que le vaccin, parfaitement clair jusqu'au septième ou huitième jour, se trouble ensuite et s'épaissit à mesure que le bouton s'enflamme et se développe. Et voilà pourquoi l'expérience a fait une règle de le recueillir avant cette époque, car il perd en propriétés à mesure qu'il perd en limpidité.

Cependant, en y regardant de près, il est possible de saisir quelques différences entre la vaccine et la variole inoculée. En général, les boutons de la variole nous ont paru moins bien dessinés, c'est-à-dire moins plats, moins ombiliqués, moins circonscrits, moins consistans; l'aréole qui les entoure est aussi moins prononcée, et, pour peu qu'on y touche avec la lancette, ils se vident entièrement et tout à coup, comme s'ils n'étaient formés que d'une seule poche : bien différens en cela des boutons de vaccine, qui, divisés à l'intérieur par une foule de petites cloisons, contiennent une multitude de petites cavités d'où le fluide s'échappe et transsude avec lenteur. Mais, il faut en convenir, la plupart de ces caractères sont faciles à méconnaître : si régulière que soit en effet la forme des boutons vaccins, elle ne laisse pas que de présenter de temps en temps quelques variétés. A bien dire, la description qu'on donne de la vaccine tirée de l'enfance ne convient qu'à l'enfance. Elle est un peu différente chez les adultes, ou du moins il n'est pas rare qu'elle prenne à cet âge des caractères assez équivoques pour laisser le médecin indécis sur la légitimité des boutons, et pour l'obliger à inoculer le fluide qu'ils renferment, et le mettre ainsi en état de se prononcer sur la première opération par le résultat de la seconde.

Mais s'il est aisé de se laisser prendre aux apparences

lorsque l'éruption est purement locale, comment ne pas revenir de son erreur à l'aspect de l'éruption générale? Dira-t-on que la vaccine détermine aussi, dans certaines circonstances, des boutons secondaires? mais, outre que ces circonstances sont infiniment rares, il n'y a point parité, ces boutons étant toujours en très-petit nombre; tandis que les boutons varioleux sont comparativement beaucoup plus abondans, même dans les varioles les plus bénignes et les plus discrètes.

Et d'ailleurs, il existe une grande différence entre les boutons d'insertion et les autres. Les premiers, nés du troisième au quatrième jour, comme les boutons de vaccine, en ont plus tard toutes les apparences; mais la ressemblance s'arrête là et ne se communique pas aux boutons généraux; ceux-ci, précédés de fièvre, de vomissemens, d'agitation, se montrent à peine vers le septième jour, et revêtent de suite les caractères de la petite vérole spontanée.

On voit maintenant ce qui a induit M. Guillou en erreur; d'une part, la ressemblance entre la variole ou la varioloïde inoculée et les boutons vaccins est telle que, de l'aveu même de Jenner, il est presque impossible à l'inoculateur le plus expérimenté de saisir *une ombre de différence;* et d'autre part, la varioloïde, ordinairement caractérisée par une éruption générale, s'est montrée toujours ou presque toujours, à Saint-Pol, sous la forme d'une éruption locale.

D'où vient ce changement dans la marche, dans la constitution d'une maladie? Est-il l'effet de l'inoculation? Mais alors, pourquoi la même opération n'a-t-elle pas eu le même résultat entre les mains de M. Robert à Mar-

seille, de M. Dugat à Orange, de M. Boucher à Versailles, et entre celles de votre rapporteur à Paris ?

Avant l'avénement de la vaccine, on avait aussi remarqué que l'inoculation réduisait quelquefois la variole aux seuls boutons d'insertion. Il nous a paru curieux de comparer, sous ce rapport, les cas de cette espèce observés dans les premiers temps de l'inoculation avec les cas analogues observés sous le règne de la vaccine. Nous avons lu, dans ce dessein, l'article *variole inoculée* du Dictionnaire des sciences médicales; nous avons parcouru les ouvrages de MM. Salmade, Valentin et Dezoteux; mais nous n'avons rien trouvé de ce que nous cherchions, si ce n'est que les exemples de variole locale étaient autrefois très-rares, peut-être aussi rares que le sont aujourd'hui les exemples de vaccine avec des boutons surnuméraires.

Qu'il nous soit permis de faire remarquer en passant combien étaient peu fondées les prétentions des anciens inoculateurs qui se plaisaient à rapporter la bénignité de l'éruption à l'habileté avec laquelle ils préparaient leurs malades. Pour savoir à quoi s'en tenir sur l'utilité de ces préparations tant vantées, il suffit de jeter les yeux sur ces autres sujets qui, inoculés presque à l'improviste pour échapper aux dangers d'une épidémie meurtrière, ne sortaient pas de cette épreuve avec moins de bonheur que ceux qu'on y avait longuement préparés.

Mais encore une fois qu'est-ce qui a produit un changement et si grand et si prompt dans les effets d'une cause aussi essentiellement identique que le virus varioleux? Dans un système où l'on voudrait expliquer toutes les maladies par la seule puissance des causes morbifiques, il faut convenir que ces faits sont incompréhensibles;

mais ce n'est que le plus petit nombre des maladies dont on se rend ainsi raison. Souvenons-nous que, dans toutes les sciences qui ont l'homme pour objet, et particulièrement en médecine, les causes en général n'ont pas d'effet nécessaire, excepté les causes qui, comme des poisons caustiques, détruisent la texture des tissus : et la raison de cette vérité est bien simple, c'est que les êtres vivans ne reçoivent pas l'impression qu'elles font sur eux, à la manière des corps bruts ; ils réagissent sur cette impression, et cette réaction a mille fois plus de part à la pathogénie de la maladie qui la suit, que la cause qui l'a précédée.

Lorsque la petite-vérole éclate tout à coup sur une personne, il est à croire que cette personne était plus ou moins disposée à la recevoir, sans quoi elle aurait résisté. Or, c'est cette disposition qui la lui rend quelquefois si redoutable ; au lieu que si vous surprenez pour ainsi dire cette même personne par l'inoculation, son organisation ne se prête qu'avec peine à la modification que vous voulez lui imprimer, et il faut alors toute la puissance de la cause que vous mettez en jeu pour obtenir un léger résultat.

Ce qui nous donne quelque confiance dans cette explication, c'est qu'il n'en est pas ainsi de la petite vérole seulement, mais encore de la plupart des maladies. Comparez, par exemple, une inflammation spontanée avec une inflammation produite par une violence extérieure : l'une est tenace et laisse des incertitudes sur son issue, malgré les moyens les plus actifs et les mieux entendus, tandis que l'autre, à peine soustraite à l'influence de la cause provocatrice, s'achemine tout na-

turellement et d'elle-même vers une guérison désormais inévitable.

Mais tout cela n'explique pas pourquoi la variole ne se comporte pas aujourd'hui comme elle le faisait autrefois. Il n'est pas facile d'assigner les causes de cette différence; mais quelles qu'elles soient, il est évident qu'on ne peut les chercher que dans le virus varioleux lui-même, ou dans les organisations sur lesquelles il agit. Or, rien n'est changé en apparence dans les organisations, et l'esprit ne conçoit même pas ce qui aurait pu introduire en elles la modification nécessaire pour les faire réagir si diversement sous l'influence du même stimulus. Serait-ce la vaccine? On comprend à la rigueur que le vaccin, qui détruit si souvent toute espèce d'aptitude à la petite-vérole, se borne à l'affaiblir dans quelques circonstances, et réduise cette maladie à la condition de la varioloïde, ou d'une éruption locale; mais le bienfait est personnel, et la vaccine ne peut certainement rien en faveur de ceux qui n'y ont pas été soumis.

A l'égard du virus varioleux, il est bien peu probable qu'une cause, qui s'était montrée constamment la même depuis son apparition en Europe, jusqu'à ces derniers temps, ait dégénéré tout à coup au point d'être le plus souvent impuissante à produire une éruption générale. Si la douceur de quelques épidémies paraît favorable à cette supposition, la férocité des autres fait assez voir ce qu'il en faut penser. La même raison prouve encore que, s'il est des constitutions atmosphériques qui tempèrent l'action du virus varioleux, il en est aussi qui semblent ajouter à son activité. Dira-t-on, en désespoir de cause, que M. Boucher et votre rapporteur ont pris, sans le savoir, le moment le plus convenable au résultat de leurs expérien-

ces? Mais on n'en peut dire autant de MM. Robert et Guillou, qui pratiquaient leurs inoculations précisément sous l'empire des épidémies varioleuses les plus désastreuses.

Du reste, la dégénérescence du virus n'est peut-être pas si facile que le pensent quelques personnes. L'académie peut se rappeler les expériences de M. Pourcelot, qui, pour favoriser l'ascension du fluide vaccin dans les tubes capillaires, s'avisa de le mêler avec de l'eau. Il s'agissait de savoir si l'eau n'altérerait en rien sa pureté, et si l'on ne sacrifiait pas ainsi la qualité à la quantité. Je répéterai ces expériences sous les auspices de votre commission de vaccine, et je m'assurai que les boutons n'étaient ni moins rapides ni moins développés que ceux qui provenaient du vaccin le plus pur; et, en y réfléchissant un peu, ce résultat n'a rien qui doive nous étonner; tout le monde sait aujourd'hui que le sang peut se mêler avec le vaccin sans porter aucune atteinte à ses propriétés. Au contraire, le vaccin ne réussit jamais mieux que dans cet état, non que le sang favorise en rien le succès de l'opération, mais parce qu'en général ce mélange n'a lieu que lorsqu'on pique des boutons peu développés, et que ces boutons sont précisément ceux qui fournissent le vaccin le plus actif et le plus sûr. Mais ce que l'eau ou le sang ne fait pas, on pouvait l'obtenir d'un moyen plus énergique, et doué d'autres propriétés. Dans le double but de mesurer la résistance du vaccin et d'éprouver l'action des chlorures sur les virus en général, il nous vint en pensée de mêler ces deux fluides ensemble. Ce projet fut communiqué à M. Labarraque, qui le saisit avec empressement et voulut bien nous offrir le chlorure qui fut mis en usage. Nous convînmes ensemble qu'on verserait quelques gouttes de chlorure de soude

dans un peu d'eau, et qu'on mêlerait ensuite une goutte de cette eau chlorurée avec une goutte de vaccin. M. Labarraque crut pouvoir annoncer d'avance un résultat négatif; mais l'événement ne justifia pas la prédiction. En effet, du troisième au quatrième jour, les piqûres commencèrent à s'enflammer, et les boutons suivirent leur marche ordinaire, sans qu'on pût apercevoir en eux rien qui fît soupçonner une influence étrangère. Dans la pensée que la quantité de chlorure employé dans les premières expériences était insuffisante, nous l'augmentâmes jusqu'à faire le mélange à parties égales, et le vaccin n'en triompha pas moins de tous les obstacles. Il fut question de ces expériences dans le conseil d'administration, et M. Boulay, qui en faisait alors partie, présumant que le chlorure employé était défectueux, eut la bonté de nous en proposer qu'il avait préparé ou fait préparer sous ses yeux, mais rien ne put empêcher le vaccin de se développer et de suivre la succession de ses périodes jusques à la dernière.

Que penser après cela des expériences de M. Robert? Cet estimable confrère se flatte d'avoir trouvé le moyen de corriger, d'adoucir le virus varioleux jusqu'à le mettre hors d'état de produire une éruption générale. M. le rapporteur de votre commission de vaccine vous a déjà dit quel est ce moyen, c'est le lait de vache. Mais, comme on ne peut pas tout dire dans un rapport, il a cité le procédé, sans mettre sous vos yeux la série de raisonnemens par lesquels l'auteur y est arrivé. Il est bon cependant de savoir que M. Robert part de cette idée, que la variole appartient primitivement à l'homme, d'où elle est passée aux animaux; c'est juste l'inverse de l'opinion de M. Faure, médecin distingué de l'expédition de Morée.

Des animaux ce virus est revenu à l'homme, mais il n'est pas revenu tel qu'il avait été transmis; il a perdu, dans cette espèce d'émigration, la malignité qui lui était naturelle, jusqu'à faire croire qu'il n'était plus le même; et en effet on l'a désigné d'un nom particulier, tiré de celui de l'animal qu'on présume qui lui a fait subir ces importantes, ces heureuses modifications. « La bénignité de la vaccine, quoique d'une source variolique, » tient, dit ingénieusement M. Robert, à un de ces phénomènes physiques, qui, jusqu'à ce jour, ont été inexplicables, à l'inoculation de la matière première sur un » être vivant intermédiaire, ce qui a produit le même » miracle que la greffe opère tous les jours sur les arbres » pour l'amélioration de leurs fruits. » Variole et vaccine sont donc à ses yeux une seule et même chose, mais à des degrés différens; en sorte qu'on peut dire, dans ce système, ou que la vaccine est une variole mitigée, ou que la variole est une vaccine grave, intense, et plus ou moins dangereuse.

Telle est, si nous l'avons bien comprise, la théorie de M. Robert. Nous l'avons exposée avec quelques détails, précisément parce que nous lui refusons notre assentiment. Lorsqu'on n'approuve pas les opinions d'un auteur recommandable, c'est bien le moins que de les rendre avec tous les développemens nécessaires à leur parfaite intelligence. Chacun comprend à présent que le lait de vache n'est pas pour M. Robert une liqueur douce et susceptible d'être remplacée par une liqueur analogue, comme serait l'eau de gomme ou l'eau sucrée; mais il le considère comme un liquide particulier, qui, filtré par l'animal auquel il attribue la conversion de la variole en vaccine, a retenu quelque chose de son origine; en

d'autres termes, M. Robert voit dans le lait de vache une substance spéciale, une espèce d'*antidote* du virus varioleux.

Le premier tort de ce raisonnement est d'avoir précédé l'observation, ce qui n'est jamais de bon augure. Cependant M. Robert a fait aussi quelques expériences; il a inoculé à treize enfans le virus de la variole et de la varioloïde, tantôt pur et tantôt mêlé avec le lait, et, soit hasard, soit autre chose, il s'est trouvé que le virus adouci par le lait a produit des éruptions, sinon toujours locales, du moins toujours bénignes, tandis que le virus sans mélange a donné lieu à des éruptions générales. Mais ces faits ne sont concluans ni en eux-mêmes ni par leur nombre. Si M. Guillou, si M. Dugat, si M. Boucher, si votre rapporteur eussent altéré de quelque manière le virus dont ils se sont servis, qui peut douter qu'on n'eût attribué à cette altération la bénignité des résultats obtenus? Mais ils n'ont pris aucune précaution, et ils ont eu des résultats encore plus surprenans que ceux de M. Robert; car partout, à Saint-Pol, à Orange, à Versailles, à Paris, le nombre des éruptions locales l'a de beaucoup emporté sur celui des éruptions générales. La cause de ce phénomène, véritablement tout nouveau dans la science, est encore à trouver; mais quelle qu'elle soit, on peut la présenter déjà comme un terrible argument contre la théorie de M. Robert.

LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Cours de médecine clinique, ou Traité élémentaire de diagnostic, de pronostic, d'indications thérapeutiques, etc.; par Léon Rostan, médecin de l'hospice de la Vieillesse (femmes). Deuxième édition, 3 vol. in-8. 1830.

(Premier article.)

La nouvelle édition de l'ouvrage de M. Rostan est une occasion toute naturelle de dire quelques mots sur l'état actuel des doctrines médicales. Si nous émettons des opinions diamétralement opposées à celles qui font la base du *Cours de médecine clinique*, nous désirons avant tout qu'on ne voie point dans cette contradiction, quelque vive qu'elle puisse être, une attaque contre l'auteur, mais une explication franche de notre pensée : c'est à vrai dire une discussion de principes et de doctrine à propos d'un livre. Commençons par quelques réflexions sur l'avant-propos et les prolégomènes. Afin de n'y plus revenir, nous dirons tout de suite à l'auteur, parce que telle est notre conviction intime, que le public auquel il s'adresse n'est pas précisément ce qu'il pense. Il a l'air de le regarder, ce pauvre public de la jeunesse médicale, comme fatigué de

la doctrine physiologique dont il a reconnu la fausseté et l'insuffisance, et comme ne trouvant rien de mieux que de se jeter tête baissée dans une doctrine prétendue neuve, et qu'on lui présente sous le nom de *médecine organique*. Fatigué de la doctrine physiologique, d'accord; se jetant de là dans la doctrine organique, c'est une autre affaire. Qu'en 1818, il y ait eu, parmi les élèves, un peu de vogue pour cette doctrine exposée avec chaleur et talent, je puis l'accorder, et en vérité je n'y tiens pas. Mais en 1830, ce mouvement anatomique ou organique, que vous proclamez avec tant d'emphase, est-il bien évident? Est-il bien vrai que les esprits désabusés de tous les préjugés (car c'est ainsi, ce me semble, que vous qualifiez toute opinion différente de la vôtre) sont assis tranquillement dans la doctrine organique, sans besoin d'en sortir, sans besoin de chercher au delà des organes, dans les causes qui affectent si diversement, je ne dis pas le corps humain mais l'individu humain, dans les choses de toute nature qui modifient l'homme, la raison des maladies, la raison, c'est-à-dire, ce qui fait qu'une maladie est ce qu'elle est et non pas autre, caractérisée incontestablement d'une certaine manière, et dans son origine, et dans sa marche, et dans les indications thérapeutiques qu'elle présente? Voyez-vous nettement que, trouvant pour les mêmes lésions cent ordres différens de symptômes, ou pour cent ordres différens de lésions les mêmes symptômes, les esprits restent bien satisfaits de ce qu'ils ont découvert sur le cadavre, et, apercevant clairement les rapports des lésions aux symptômes, disent : Oui, tout le mal est là? Si vous voyez cela, je dirai : « Tant pis pour vous, c'est que le cercle d'observation où vous êtes renfermé est bien étroit. » Non, Dieu merci, il n'en est point ainsi; de 1818 à 1830, la

médecine a marché comme le reste, et d'elle on peut dire ce qu'un écrivain fort original a dit du genre humain : La médecine est en marche, elle ne rétrogradera pas. Le mouvement anatomique, imprimé par Bichat, continué par Bayle, par Laennec, par Broussais, par vous, si vous le voulez, et par d'autres, a rendu d'immenses services; nous en recueillons les fruits avec reconnaissance. Mais, comme mouvement exclusif, comme point de vue absolu, certes il a fait son temps. C'est pourquoi, quand on parle au public de 1830, il faudrait prendre un autre ton qu'en 1818, sous peine de se trouver un peu arriéré et un peu moins écouté. Aussi, voyez l'inconvénient : vous ne pouvez vous dissimuler que cette seconde édition n'ait produit moins d'impression que la première, bien moins surtout que vos premières leçons sur la médecine organique. Car, dans ce temps-là, en 1818, « l'évidence des principes que vous professiez fut presque généralement reconnue » (avant-propos), ce qui n'a pas tout-à-fait lieu aujourd'hui. Peut-être est-ce la faute du siècle, qui commence à devenir mauvais, puisqu'il abandonne les doctrines *lumineuses* de Locke et de Condillac pour se lancer dans d'autres voies. N'importe, le fait subsiste, subsiste fortement, subsiste tout comme une remarque de M. Dacier. Que voulez-vous?

Un mot encore sur l'*avant-propos* du *Cours de médecine clinique*. Il existe entre M. Broussais et M. Rostan une petite discussion, dont au reste le public s'occupe peu, au sujet de savoir si M. Rostan s'est approprié la doctrine de M. Broussais : M. Broussais dit oui, M. Rostan dit non.

Il y a dans le monde une infinité d'analogies qu'on n'apercevrait pas d'abord et qui n'en existent pas moins. Sous un certain point de vue, il en est, selon moi, de la

doctrine anatomique en médecine comme de la révolution française en politique : chacun veut vivre sur celle-là, comme il y a quarante ans chacun voulait vivre sur celle-ci. Lorsque, dans l'assemblée constituante, Mounier, effrayé de la terrible logique de Barnave, se permettait une observation, Barnave lui répondait : « Monsieur Mounier, vous avez fait votre chemin; laissez-nous faire le nôtre. » Eh bien ! tout de même en médecine. Certes, je ne voudrais pas garantir ce que M. Broussais dit, dans sa dernière préface, que *la doctrine de l'irritation a vaincu.* Oh ! non, pas encore. Mais ce qui est évident, ce qu'on ne pourrait nier sans injustice, c'est que M. Broussais a fait son chemin. D'autres sont venus après lui, qui lui ont dit : « Monsieur Broussais, vous avez fait votre chemin, laissez-nous faire le nôtre. » Je ne compare pas plus M. Broussais à Mounier que M. Rostan à Barnave; je ne prends de Barnave que ce mot. Malheureusement, M. Broussais était solidement établi sur son terrain, et quiconque y venait l'irritait. On avait beau lui crier : « Vous avez fait votre chemin, laissez-nous faire le nôtre. » Il criait, lui, encore plus haut : « Vous êtes sur mon terrain. » Et bien souvent sa terrible voix faisait déguerpir les gens ou les forçait à dire « Oui, c'est vrai, je suis sur votre terrain, vivons en bonne amitié; » et dans ce dernier cas tout était fini. Pour en revenir donc à la discussion de MM. Broussais et Rostan, qui n'est pas finie à ce qu'il paraît, je conçois que M. Rostan a de bonnes raisons, et je conçois que celles de M. Broussais ne sont pas sans valeur. M. Rostan, placé, comme l'autre docteur, sur le terrain organique ou anatomique, c'est-à-dire adoptant le même principe fondamental, ne déduit pas toujours les mêmes conséquences, et voilà tout.

M. Rostan ne peut admettre, et beaucoup avec lui : « Que le canal alimentaire est le principal organe de l'économie ; que l'estomac, dans les maladies, est constamment affecté, presque toujours primitivement, quelquefois secondairement ; que toutes les maladies sont le résultat de l'irritation, depuis le phlegmon jusqu'aux hydatides, jusqu'aux tissus accidentels les plus variés ; qu'il n'existe pas de maladies spécifiques ; que la faiblesse n'est jamais une chose réelle, primitive ; que le traitement antiphlogistique est le seul convenable. » Il est incontestable que M. Broussais disait plus ou moins explicitement ces choses, et que M. Rosta a dit le contraire, comme tout homme de sens a dit le contraire quand la doctrine physiologique a paru. Mais qui ne voit que tout ceci n'est pas le fonds de la doctrine ? M. Broussais a proclamé (et c'est là le fonds de sa doctrine) que tout se trouve dans l'examen du cadavre, qu'aux lésions pathologiques se rattachent et le diagnostic, et le pronostic, et les indications thérapeutiques ; que dans les organes et dans les organes seulement, est tout la maladie, est toute la médecine, et dès lors il a pu sans contredit accuser de plagiat ceux qui sont venus dire la même chose après lui. Que M. Broussais ait attaché une importance exclusive aux lésions de l'appareil digestif, parce que son séjour dans les camps lui avait fourni l'occasion d'en observer un très-grand nombre ; que, dans sa physiologie, il lui ait échappé, par la force d'une vieille habitude, de prononcer le mot de force vitale, peu importe. Pour les détails, il peut, il a pu renoncer à beaucoup d'idées qui se trouvaient en opposition trop flagrante avec l'expérience ; il pourra faire encore d'autres concessions, mais, pour le fonds, c'est toujours le même en médecine comme en

philosophie : dans les organes est toute la physiologie, dans les organes est toute la psychologie. Le fameux *Ars instauranda ab imis*, la célèbre guerre contre les ontologistes, ces terribles philippiques, lancées de toutes parts comme des foudres, tout cela n'était pas fondé sur autre chose. Je comprends donc comment M. Rostan croit n'avoir pas copié M. Broussais, et je comprends comment M. Broussais s'est vu copié par M. Rostan. M. Broussais, après cela, est-il le premier qui ait eu cette grande et fausse idée de faire entrer la médecine dans l'anatomie? C'est une autre question dont il ne s'agit point ici.

Pour ce qui regarde les propositions principales de la médecine organique, si l'on n'avait eu soin de me le dire dans l'*avant-propos*, je n'aurais jamais cru qu'elles datassent de 1818. Je croyais avoir vu quelque part qu'il avait été dit bien avant 1818, « qu'il n'y avait dans l'homme vivant que des organes en exercice: » il m'avait semblé que c'était à peu près là la thèse de tout système matérialiste. Tout comme je m'étais figuré que ce ne pouvait être chose absolument nouvelle de dire que : « Nos » fluides peuvent être primitivement altérés, pêcher par » excès, par défaut et être pervertis dans leur composi» tion. » Peut-être qu'à toute force on pourrait trouver antérieurement à 1818 quelque chose sur l'altération des fluides. Dans les quatrième et cinquième propositions de M. Rostan, il est dit : « Qu'il est impossible qu'il n'y ait » qu'une seule maladie, que les maladies de l'homme va» rient autant par leur nature que par leur siége, etc.; » qu'un certain degré de force est nécessaire pour la réso» lution des maladies. » Certes ces idées sont très-simples, et, si nos prédécesseurs ne les ont pas eues, en vérité ils étaient bien bornés. Quant à la sixième proposition :

« qu'il est impossible qu'un seul et même traitement con-
» vienne dans toutes les circonstances, » si c'est là du neuf, je m'y perds tout-à-fait, et je supplie qu'on me donne une exacte définition du nouveau et du vieux. D'où peut venir à un homme d'esprit tel que M. Rostan la prétention d'appeler cet ensemble de principes un système nouveau, si ce n'est de la singulière préoccupation qui lui aurait fait croire que, parce que M. Broussais avait proclamé la nécessité de tout renverser pour reconstruire, l'édifice médical élevé par les peuples et les siècles était en effet renversé de fond en comble, et qu'il n'en restait pas même le souvenir?

Passons aux *Prolégomènes*, et voyons quels sont les fondemens de la science médicale d'après les idées de la médecine organique.

Je trouve page 1re : « Le médecin ne doit voir dans
» l'homme que des organes et des fonctions. Celles-ci ne
» sont que des effets; elles ne sont qu'une conséquence de
» la disposition organique. Les organes sont disposés pour
» agir; ils agissent, voilà la fonction. Les fonctions ne peu-
» vent précéder les organes, parce qu'un effet ne peut
» précéder sa cause; elles ne peuvent exister sans eux, car
» une action ne peut exister sans agent, un mouvement
» sans corps qui se meut. Les fonctions sont donc sous la dépendance des organes. » Si la vie n'est que l'ensemble et
» la série des fonctions, celles-ci ne peuvent précéder les
» organes, exister sans eux. Il est absurde de dire que la
» vie peut précéder l'organisation; au contraire, l'organi-
» sation est la condition nécessaire de la vie. Il ne peut y
» avoir vie, là où il n'y a pas d'organisation. Nous insistons
» sur cette idée fondamentale, parce que c'est sur elle que
» sont basés les progrès ultérieurs de l'art de guérir; parce

» que sans elle nous serions condamnés à croupir dans » une éternelle ignorance. »

Dans les pages suivantes, l'auteur revient toujours sur cette idée fondamentale avec une force logique qu'on peut apprécier d'après la citation précédente.

Il ne s'agit point, dans ce moment, de combattre *ex professo* le matérialisme, qui peut s'appuyer sur de beaucoup meilleures raisons, ou, pour mieux dire, de beaucoup moins mauvaises raisons que celles que fournit ici M. Rostan en sa faveur. Il s'agit tout simplement de montrer que l'idée prétendue fondamentale de l'auteur dérive d'une manière de raisonner essentiellement fausse. Il est indubitable d'abord qu'une fonction ne s'exécute que par l'action des organes. Mais de là à dire tout de suite, que cette action a sa cause première dans les organes, c'est aller un peu vite. De cette phrase-ci : « Les organes agissent, voilà la fonction, » on peut bien conclure cette autre : « Les fonctions ne peuvent s'exécuter sans les organes, parce qu'une action ne se peut produire sans l'instrument de cette acti on. » Mais il n'est pas permis, il n'a jamais été, il ne sera jamais permis de conclure : « Les fonctions ne peuvent précéder les organes, *parce qu'un effet ne peut précéder sa cause ;* elles ne peuvent exister sans eux, *parce qu'une action ne peut exister sans agent, un mouvement sans corps qui se meut ;* parce qu'en concluant ainsi, vous supposez gratuitement qu'il n'y a pas d'autre cause, d'autre agent, d'autre moteur possible que la matière, ce que vous n'avez pas prouvé d'avance, ce qui n'est pas évident, ce qu'on ne peut vous accorder. Donc il y a là une pétition de principe. Remarquez bien que je ne pense pas plus que vous qu'il y ait une respiration possible sans appareil respiratoire, une pensée possible sans appareil en-

céphalique, une fonction quelconque possible sans organe fonctionnel, cela serait absurde. Je veux seulement vous empêcher d'aller tout de suite, et sans aucune preuve, à cette conclusion illégitime que les organes, étant nécessaires à l'accomplissement des fonctions, sont seuls le principe et la cause des fonctions, et par conséquent qu'il n'y a que des organes dans l'homme; je veux vous montrer que votre langage au moins est faux (1).

Voyez où une première faute de langage vous mène; puisque, d'après vous, les fonctions ne peuvent exister que par les organes considérés comme causes, l'ensemble des fonctions que vous appelez la vie ne peut exister que par l'organisation considérée comme cause aussi. Alors, dites-vous, il est absurde de dire que la vie précède l'organisation, que la vie soit autre chose que l'effet de l'organisation. — Sans doute la vie, dans l'être vivant sous nos yeux, n'est pas séparable de l'organisation, puisque c'est par l'organisation mise en jeu que la vie se manifeste à nous; mais encore une fois, ce n'est pas de ce résultat offert à nos sens, de ce fait matériel qu'il s'agit, c'est du principe de la vie (question plus haute et plus profonde, question placée au-delà du fait que vous venez d'énoncer), c'est, dis-je, du principe de la vie que, sans preuve aucune, vous faites dépendre des organes. Toutefois, en admettant que l'organisation, *série et ensemble des fonctions*, est la vie, le principe primitif de composition et de décomposition organique dans l'homme,

(1) L'argument de l'auteur n'est que la reproduction de cet autre bien usé, bien indigne d'une philosophie sérieuse : « Je suis corps et je pense; donc les corps pensent. » Je suis corps et je pense! mais n'êtes-vous que corps? c'est là la question.

vous n'avez pas pris garde que je vais vous demander, moi, sous quelle influence cette organisation s'est développée. Ce n'est pas sous l'influence de la vie puisqu'il n'y avait pas plus de vie que d'organisation, ce n'est pas non plus sous l'influence des organes, qui n'existaient pas. Vous ne pouvez donc expliquer le développement de l'être humain ; et il se trouve que cette idée fondamentale, sans laquelle nous resterions dans une éternelle ignorance, nous laisse elle-même dans une éternelle ignorance sur la première question à résoudre dans la science médicale. Cette idée fondamentale nous paraît donc elle-même pêcher par la base, et nous sommes obligés de la rejeter. Les développemens partiels de cette idée, qui suivent, nous paraissent également manquer de fondement solide. Nous pensons assurément, comme M. Rostan, que dans toutes les maladies il y a trouble et dérangement de l'homme matériel, bien que souvent on ne puisse découvrir la lésion physique qui se lie à la maladie; et ce n'est pas nous qui, pour le plaisir d'objecter, lui dirons qu'il n'y a pas de différence entre la matière d'un cadavre et la matière d'un homme vivant. Nous concevons qu'il attaque avec avantage ceux qui voudraient ou lui nier les faits qu'il peut montrer, ou lui parler de la lésion matérielle de quelques propriétés de l'organisme, qui ne sont jamais que des abstractions de notre esprit. Mais il nous semble qu'il n'a pas le droit de placer dans les lésions physiques toute la maladie, c'est-à-dire son principe, son caractère, sa nature. Il nous semble qu'il n'a pas prouvé encore que, de ce qu'un certain nombre de faits matériels existent, il n'y ait que ceux-là. Mais, ce que nous ne pouvons lui accorder, c'est que les organes aient en eux-mêmes et par eux-mêmes la

cause de tous les mouvemens physiologiques et pathologiques sur lesquels s'exerce notre observation; ce que nous ne pouvons lui accorder, c'est que le *moi* de l'homme sain et le *moi* de l'homme malade soient exactement représentés par l'état de leurs organes, de manière qu'il n'y ait qu'à consulter ceux-ci pour connaître la nature, le caractère, la portée d'un état physiologique ou pathologique quelconque. En un mot, ce que nous ne pouvons admettre, c'est la donnée principale de la médecine dite *organique*.

Dans un prochain article nous reviendrons sur ces idées fondamentales de toute philosophie médicale, et ensuite nous ferons connaître la partie élémentaire de l'ouvrage de M. Rostan. H. G.

Traité élémentaire de Physique générale et médicale; par P. PELLETAN, professeur de physique de la faculté de médecine de Paris, 2e, édition, tome 1er, 1829.

Parmi les différentes sciences auxquelles doivent s'appliquer les jeunes gens qui se destinent à la médecine, les plus utiles sont celles qui renferment les principes ou qui sont le fondement de plusieurs autres : telle est sans contredit la physique. Quelle que soit la partie de l'art médical qu'on étudie, il est impossible d'en saisir toute l'étendue si l'on ne connaît bien cette science dont les applications sont en même temps si nombreuses et si fécondes en résultats utiles. S'il est vrai que l'homme soit continuellement soumis aux lois qui régissent la matière, et que ces lois concourent au maintien de l'équilibre qui doit exister entre les forces du monde extérieur et la force

vitale conservatrice, comment arriver à la connaissance parfaite de l'organisme, sans le secours d'une science qui a pour objet l'étude des agens de la nature et des propriétés qu'ils développent dans les corps en tant qu'ils ne les décomposent pas?

Pour que la physique puisse vraiment éclairer le médecin, il ne faut pas en faire une science d'exposition, mais au contraire une science de recherches et d'application. Au lieu de s'arrêter exclusivement à tout ce qu'a de brillant la partie expérimentale, il faut déterminer les lois des différens phénomènes de la nature, s'attacher à découvrir les rapports qui existent entre elles, et surtout démontrer combien sont nombreuses leurs connexions, et combien peut être utile leur alliance avec les autres branches des connaissances positives qui sont l'objet de la médecine. On ne peut pas tout à coup, il faut l'avouer, répandre une science d'application; il faut que les esprits soient préparés à la recevoir; il faut que les élèves à qui on la destine aient déjà étudié avec soin les principes fondamentaux, sur lesquels elle repose; et sans doute la négligence que l'on a mise à initier les jeunes gens aux élémens de la physique a dû nuire pendant long-temps à l'enseignement de cette science dans les facultés de médecine. Les professeurs étaient obligés de s'appesantir sur des notions élémentaires, qu'ils n'auraient dû que rappeler, pour occuper leurs auditeurs de la physique organique. Dans un cours où les heures sont comptées, il était impossible d'arriver dans un semestre à la partie qui est le véritable but de l'enseignement, et chaque année amenant une nouvelle génération d'élèves, on avait à recommencer sans cesse l'étude des propriétés générales de la matière et des lois de chute des corps. M. Pelletan avait

déjà remédié à cet inconvénient en publiant en 1824 un ouvrage élémentaire, qui peut être considéré comme un modèle de clarté, et qui a certainement contribué à aplanir la route pour ceux qui commençaient à la parcourir. C'est par les traités de ce genre que les sciences peu cultivées se répandent dans les esprits, et celui de M. Pelletan, mis entre les mains des étudians en médecine, pouvait donner au professeur le grand avantage de passer rapidement sur les principes qu'il renferme, pour n'avoir plus qu'à s'occuper de diverses parties de l'art médical, dont l'intelligence repose sur les connaissances physiques. Mais par malheur on ne veut souvent d'autre science que celle qu'on peut aller chercher dans un cours; on aime à entendre un professeur développer une théorie, et si on a quelques doutes à éclaircir on s'en rapportera à ses propres expériences, à ses propres observations; on ne veut plus lire, parce qu'on ne saisit pas assez bien les différences qui existent entre un livre et un cours. Il est des choses qu'on ne peut apprendre que dans un livre, et qui ne doivent pas faire l'objet de l'enseignement; il en est d'autres, au contraire, que l'enseignement seul peut répandre. L'élève doit demander au professeur des idées générales qu'il puisse féconder lui-même, par ses études particulières, par ses méditations, par les observations qui lui sont propres; c'est la philosophie d'une science, c'est la manière de l'étudier qu'il doit apprendre de lui. Quant aux détails minutieux, les livres seuls pourront les lui donner.

Aujourd'hui les élèves arrivent à l'école mieux préparés; ils sont forcés de connaître déjà assez bien la physique élémentaire pour être admis au baccalauréat ès-lettres : je parle ici de ceux qui subissent leur examen

dans les académies où les règlemens universitaires sont exécutés, par conséquent je fais une exception pour celle de Paris. Le baccalauréat es-sciences, indispensable pour être aspirant au doctorat, exigent de nouvelles études qui rendent l'enseignement élémentaire de la physique et de la chimie tout-à-fait inutile dans les facultés de la médecine : on peut commencer à présent à faire de la physique et de la chimie organiques. M. Pelletan a bien senti ce besoin, et la nouvelle édition de l'ouvrage que nous annonçons se fait remarquer principalement par cette tendance vers les applications à l'art de guérir; il s'adresse davantage au médecin. La première livraison qui vient de paraître contient un très-bon mémoire sur les mouvemens de l'homme.

Nous ne partageons pas l'opinion que M. Pelletan a émise dans son introduction relativement à la mécanique, sans croire pourtant que cette branche de nos connaissances est devenue tout-à-fait mathématique et complétement étrangère à la physique. La mécanique a toujours été pour nous une partie des mathématiques, dont la connaissance est indispensable pour se livrer avec fruit à l'étude de la physique. Nous savons qu'il est possible de soumettre tous les phénomènes de la nature aux lois de la mécanique, et même qu'il y a entre ces deux parties des connexions qui les rendent tout-à-fait inséparables. On peut donc rattacher toutes les notions de physique à la science des lois du mouvement et de l'équilibre : c'est un plan qui peut être meilleur qu'un autre; mais l'adopter ce n'est pas prouver que la mécanique est de la physique, et que ses élémens doivent faire partie d'un ouvrage de physique. Ce que dit M. Pelletan de la mécanique se rapporterait aussi à l'algèbre ou à la géométrie; n'est-ce pas

aux méthodes géométriques que Coulomb, Laplace, Newton et les physiciens les plus célèbres de notre époque doivent, sinon la plupart de leurs découvertes, du moins l'exposition pleine de lucidité et de profondeur qu'ils en ont donnée? Mais pour cela la géométrie n'est pas inséparable de la physique, elle ne fait pas corps avec elle, et on doit l'étudier à part. Nous n'aimons pas à rencontrer, dans les premières pages d'un ouvrage de physique, quelques principes de mécanique épars et dénués de toute explication, de toute démonstration rigoureuse, pas plus qu'une série d'axiomes destinés à rappeler les notions principales de la géométrie. Quand on étudie la physique, et la physique médicale surtout, on doit savoir ce que c'est qu'un nombre, ce qu'on entend par une ligne droite, et connaître la résultante des forces divergentes qui agissent sur un même point, la théorie des leviers, enfin les mathématiques élémentaires.

M. Pelletan termine son introduction par des considérations d'un ordre très-élevé, sur l'influence de la physique sur l'art médical. Il expose, avec une sagacité remarquable, la manière de philosopher de cette science, que les physiologistes prendraient plus souvent pour base de leur travaux, s'ils avaient pour but l'observation des mouvemens des organes, plutôt que l'investigation de la cause occulte du ressort qui les fait mouvoir.

Nous croyons qu'il serait inutile de faire ici une analyse détaillée de la première livraison de l'ouvrage de M. Pelletan. Il renferme quatre livres qui traitent, le premier, des notions générales du mouvement, de l'équilibre et de leurs lois, des forces ou puissances naturelles; le second, de l'application des principes précédens à l'étude des corps

solides ; le troisième à celle des corps liquides, et le quatrième enfin à celle des fluides élastiques. La division du cours de M. Pelletan est un peu différente de celle des auteurs qui ont traité le même sujet. Nous pensons qu'elle a l'inconvénient d'entraîner à des répétitions inutiles et de partager en plusieurs chapitres des notions générales auxquelles on pourrait n'en consacrer qu'un seul. Ce traité élémentaire de physique, qui est en général rédigé avec beaucoup de talent, pourra être très-utile aux étudians en médecine. Cependant on y rencontre quelquefois des définitions qui pourraient être plus rigoureuses et des paragraphes entiers qui sont pris textuellement dans d'autres ouvrages, mais dont le choix, du reste, est très-convenable; nous citerons, par exemple, ce qui est dit de la transpiration cutanée, au sujet de la porosité de la matière. Nous aurions désiré trouver un plus grand nombre d'applications de la physique à l'étude de l'homme, et dans les chapitres qui traitent de ces applications plus de détails que n'en a donné M. Pelletan. Il est vrai que ce mot de physique médicale a un sens bien mal déterminé; et puis les applications de la physique à la médecine sont si nombreuses, qu'il faudrait entrer dans les particularités de toutes les branches des sciences médicales, si on voulait faire un traité complet de physique organique. Un travail de ce genre n'est pas dans le plan de l'ouvrage de M. le professeur Pelletan ; mais il aurait pu peut-être, sans trop s'éloigner du cadre qu'il s'était tracé, entrer dans quelques développemens d'hygiène et de physiologie, qui auraient sans doute ajouté à l'intérêt qu'a droit d'exciter le traité élémentaire que nous annonçons.

Nous attendons avec impatience la deuxième livraison, et nous nous proposons de l'analyser avec quelques détails ; elle renfermera des sujets bien autrement importans que la première, et qui pourront fournir une plus ample matière à discussion. F. Peyron.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Péritonite puerpérale traitée avec succès par les frictions mercurielles. — Varioles observées à l'hôpital des Enfans, en 1829. — Rhumatisme articulaire guéri par l'usage du tartre stibié à haute dose. — Combustion spontanée. — Expériences sur la coloration de divers tissus. — Emphysème des paupières. — Hydrocéphale aiguë chez l'adulte. — Abcès développés dans la fosse iliaque à la suite de couches.

I. *Péritonite puerpérale traitée avec succès au moyen des frictions mercurielles.* (Hôpital Saint-Louis.)

M., âgée de trente-trois ans, d'une stature moyenne, d'une constitution un peu grêle, enceinte pour la cinquième fois, entre dans la salle de la lingerie le 29 décembre, à six heures du matin. A quatre heures du soir, accouchement très-heureux et très-simple.

Les 29, 30 et 31, état très-satisfaisant; mais, vers le soir, une vive émotion est suivie de frisson, de douleurs abdominales et de la suppression presque complète des lochies. Un drap chaud est appliqué sur le ventre et les extrémités inférieures, mais sans produire aucun bon effet.

Le 1er janvier, état fébrile très-prononcé; douleurs vives dans la région hypogastrique; décolorations des lochies, qui coulent à peine. (Cataplasme émollient, lavemens émolliens, orge miellé, diète.)

Le 2, face fortement grippée; respiration très-courte; il semble que la malade craigne de laisser abaisser son diaphragme. Pouls très-petit, serré et excessivement fréquent, de cent trente à cent quarante pulsations par minute; langue sèche et d'un rose lisse; soif inextinguible; suppression complète des lochies; constipation opiniâtre qui a résisté aux lavemens émolliens; ballonnement du ventre, dont la moindre pression est excessivement douloureuse dans tous les points, mais surtout dans le trajet des ligamens ronds. (A cette occasion nous ferons une remarque qui peut être utile dans le traitement de la péritonite; presque toujours c'est dans le trajet des ligamens latéraux de la

matrice, que la première douleur se fait d'abord sentir ; c'est là qu'elle sévit avec plus de force, pendant l'acuité de l'inflammation ; enfin, c'est là qu'elle persiste le plus long-temps lorsque la maladie se termine par résolution, phénomènes qui sont parfaitement d'accord avec les lésions organiques trouvées à l'autopsie. Ayant eu occasion en 1819 de faire un grand nombre d'ouvertures de corps chez des femmes nouvellement accouchées, j'ai pu me convaincre que c'est toujours dans les ovaires et dans les feuillets péritonéaux ambians que se trouvent les traces et les marques de la phlegmasie péritonéale ; ainsi rien de si commun que de trouver dans ces parties une rougeur intense très-souvent lie de vin, des fausses membranes très-bien formées, des épanchemens purulens, lorsque dans les autres points il existe à peine un peu de rougeur. Quoi qu'il en soit, M. continue à allaiter son enfant, bien que les seins soient flasques, et qu'il ne soit fait aucun afflux à l'époque ordinaire de la fièvre laiteuse. (Saignée de douze onces, quinze sangsues sur le trajet de chacun des ligamens ronds.)

A la visite du soir, état à peu près le même, plus de nausées, quelques vomissemens et des hoquets qui rendent plus aiguë la douleur abdominale.

Le 2 janvier, les symptômes de la péritonite sont des plus tranchés et ne semblent nullement avoir été calmés par les antiphlogistiques ; le pouls est excessivement petit et fréquent (cent quarante pulsations), la peau est chaude et sèche, l'anxiété extrême ; la malade paraît désespérer de son état. On lui retire son enfant. (Friction, ou plutôt simple onction avec deux gros d'onguent mercuriel double dans les aines ; à midi même friction dans le trajet des ligamens ronds ; le soir, la malade se trouve mieux, l'anxiété est moindre ; deux selles abondantes ont eu lieu sans lavement. Friction avec deux gros, ce qui fait pour la journée six gros.)

Le 3, état évidemment meilleur ; la malade a eu cinq ou six selles pendant la nuit ; le pouls est plus large et moins fréquent ; la peau est moite, la face est moins grippée, la douleur abdominale beaucoup moins intense. (Friction de quelques minutes sur les parties latérales du globe utérin avec deux gros d'onguent mercuriel.)

Le soir, exacerbation générale des symptômes ; prostration extrême, désespoir absolu, douleurs abdominales redevenues très-intenses. Ces accidens sont attribués à l'irritation produite par la friction. On revient aux *onctions* avec deux gros, cataplasme sur le ventre, lavement émollient.)

Le 4 janvier, les nouveaux accidens ont disparu, le ventre est sou-

ple et à peine douloureux, excepté dans les régions iliaques, où la pression est encore difficile à supporter; depuis deux jours diarrhée abondante. (On se borne à deux gros d'onguent mercuriel par jour.)

Le 6 janvier, retour des lochies qui étaient complétement supprimées depuis le 1er janvier; le ventre est tout-à-fait souple, le facies a repris son expression, tout indique une convalescence heureuse; cependant on continue à étendre chaque jour sur le ventre un gros d'onguent mercuriel. Quelques bouillons pour toute alimentation.

Le 12 janvier, M. se lève et ne conserve, de tous les accidens qu'elle a éprouvés, qu'un peu de faiblesse et de pâleur. Elle peut être considérée comme parfaitement guérie de sa péritonite; on la retient encore pour quelques jours, à l'hôpital malgré ses prières, à cause de la rigueur de la saison. (*Clinique*, février 1830.)

II. *Des varioles observées à l'hôpital des Enfans, pendant les huit premiers mois de* 1829; par M. Wéber.

S'il est une cause qui puisse plus que toute autre donner naissance à une irruption de variole, c'est l'existence d'une sorte de foyer où cette maladie est endémique; or, c'est ce qui me semble exister à l'hôpital des Enfans malades à Paris, et c'est sur ce point que je désire fixer l'attention du lecteur.

Malgré les bienfaits évidens de la vaccine; malgré les encouragemens donnés à la classe pauvre pour y soumettre leurs enfans; malgré le refus d'admettre dans beaucoup d'établissemens des enfans non vaccinés, bien des gens, parmi ceux surtout qui n'ont d'autre ressource que les hôpitaux dans leurs maladies, se refusent obstinément à laisser vacciner leurs enfans : ils sont persuadés que c'est pour eux une source de maux, et vingt fois ils vous disent, cet enfant n'est malade que depuis qu'il est vacciné, etc. (1). C'est par suite de ces préjugés qu'arrivent à l'hôpital des Enfans un assez grand nombre d'enfans non vaccinés. Eh bien! tous, ou presque tous ces enfans sont bientôt atteints de la variole, de sorte que, dès qu'ils entrent dans la salle, on peut avec une certitude presque absolue pronostiquer chez eux le développement de cette maladie, et presque leur mort, à cause de la gravité presque constante de sa marche, comme nous le verrons plus

---

(1) Une femme du peuple me disait qu'elle m'arracherait les yeux si je vaccinais son enfant.

loin. Il est bien triste de voir des enfans admis dans l'hôpital pour des affections souvent très-légères, et qui dans quelques jours sortent guéris, revenir bientôt après avec une petite vérole qui les fait succomber. On a bien essayé d'opposer à ce fléau l'emploi de la vaccine; mais comme celle-ci ne peut être pratiquée tous les jours, il a très-souvent suffi du séjour à l'hôpital pendant deux ou trois fois vingt-quatre heures pour que la variole se développât, quelquefois presque en même temps que la vaccine et comme en dépit d'elle; d'autres fois peu de temps après. Il semble que celle-ci ne jouisse plus de toute la plénitude de son action, pendant que le virus variolique imprègne déjà l'économie ; et en effet, on voit rarement dans l'hôpital la vaccine suivie de beaux boutons vaccinaux; ils sont presque toujours petits, pâles et comme flétris. On ne peut méconnaître que ce ne soient les salles de maladies aiguës de l'hôpital qui contiennent le germe de ces affections varioliques : on y a en effet souvent laissé séjourner des enfans atteins de variole, sois parce qu'il n'y en avait qu'un ou deux pour lesquels on ne trouvait pas convenable d'ouvrir une salle à part, soit, à une autre époque, parce que cette salle dite des varioleux se trouvait en réparation. Mais, à l'époque même où avait lieu la séquestration, qui du reste se faisait dans une salle voisine et où les enfans étaient soignés par les mêmes personnes que dans les autres salles, l'infection n'en gagnait pas moins les enfans non vaccinés; c'était ordinairement du douzième au vingtième jour à dater de l'entrée à l'hôpital, soit que le virus se soit conservé dans la salle des maladies aiguës, comme si elles en étaient en quelque sorte imprégnées, soit que les personnes allant et venant d'une salle à l'autre eussent transmis la contagion.

Dans les autres salles de l'hôpital où l'on ne laisse point séjourner les enfans qui sont atteints de variole, celles des teigneux, des galeux et des scrofuleux, on ne voit pas une action aussi directe de la contagion ; en effet, dans les cas de petite vérole qui nous sont venus de ces salles, les enfans étaient souvent déjà depuis plusieurs mois à l'hôpital. Peut-être sera-t-on tenté de croire qu'alors la maladie n'était que sporadique : cependant ce qui se passe dans les salles des maladies aiguës permet de croire que la présence à l'hôpital n'était pas pour rien dans le développement de ces varioles. Voici maintenant les faits qui appuieront les opinions que je viens d'émettre :

Du 1er janvier 1829 au 31 août, j'ai observé 53 cas de variole : 12 seulement nous sont venus du dehors, tous les autres ont été manifestement contractés à l'hôpital : sur ces 53 varioleux, 34 ont succombé,

18 sont sortis guéris, et il est à remarquer que parmi ceux qui sont morts deux seulement sont venus de dehors, tandis que parmi ceux qui sont sortis guéris, il y en a eu dix. Il résulte de là que la petite vérole a une issue bien plus grave lorsqu'elle a été contractée à l'hôpital, que lorsque les malades y entrent avec elle : on se rend du reste aisément compte de ce fait, en se rappelant que dans le premier cas les enfans sont déjà atteints d'autres maladies, et que, lors même que celles-ci sont guéries ou peu graves, ils sont toujours plus ou moins épuisés par la diète, le séjour à l'hôpital et au lit; au lieu que dans le second cas la maladie est simple, et saisit les enfans en pleine santé. Et, en effet, chez ces enfans qui sont sortis guéris, la maladie était le plus souvent de peu de durée et d'une innocuité remarquable. Par sa marche elle se rapprochait plutôt de ce que l'on a décrit sous le nom de varioloïde que de la variole bien caractérisée. Mais j'avoue qu'au lit du malade je n'ai jamais bien pu saisir les différences qu'on a voulu établir entre ces deux maladies; j'ai bien vu des varioles tantôt légères, tantôt graves, les premières ne consistant quelquefois qu'en un certain nombre de boutons très-discrets, se desséchant promptement et n'étant pas toujours ombiliqués, les secondes avec des pustules nombreuses, et parcourant bien régulièrement toutes leurs périodes; mais entre ces deux extrêmes il y avait tant de degrés intermédiaires, tant de variétés, que, si j'avais voulu établir une classification des différens cas, elle eût été tout-à-fait arbitraire. C'est surtout lorsque la variole survient dans le cours d'une autre maladie qu'elle se présente souvent avec des caractères peu tranchés; ainsi j'ai vu plusieurs fois vers la fin de maladies chroniques exister pendant un ou deux jours un mouvement fébrile bien marqué; quelques boutons varioleux apparaissent à la face ou à une partie de la peau habituellement irritée, comme les fesses contaminées par l'urine, le bras sur lequel existe un vésicatoire; et puis l'enfant succombe. Etait-ce là une variole ou une varioloïde?

Mais je reviens aux résultats numériques, pour rapprocher de ceux que j'ai donnés plus haut ceux que je trouve consignés dans la thèse de mon ancien collègue M. Cousture, qui a séjourné deux ans à l'hôpital des Enfans malades.

En 1826, M. Cousture a observé dans le service des filles 33 varioles, dont 7 contractées hors de l'hôpital; 33 varioïoïdes, dont également 7 contractées hors de l'hôpital: il y a eu 27 morts parmi les premières, une seule parmi les secondes. En 1827, sur 46 varioles 8 venaient du dehors, et sur 16 varioloïdes 2: cette année le nombre des varioles qui ont été

suivies de mort, a été de 34. Il résulte donc de ce que nous venons d'exposer que, sur un total de 129 enfans malades atteints de variole ou de varioloïde, 24 seulement ont contracté la maladie hors de l'hôpital. Sur ce nombre 62 ont succombé; ce qui donne une proportion bien moins forte que celle que j'ai trouvée en 1829, puisque c'est à peine la moitié des cas, tandis que, pour les huit mois pendant lesquels j'ai observé, la proportion des morts a été des deux tiers presque sur le nombre total des malades. Cette différence paraît tenir surtout au grand nombre de varioloïdes, c'est-à-dire, d'affections légères et bénignes que M. Cousture a observées dans le service des filles, et si je n'ai pas pu, aussi bien que lui, saisir la différence qui existe entre ces maladies si voisines, cela tient peut-être à ce qu'un bien moins grand nombre de varioloïdes s'est présenté à mon observation. Toujours est-il que les données que me fournit la thèse de M. Cousture sont confirmatives de celles que j'ai acquises moi-même sur le danger que fait courir à des enfans non vaccinés le séjour à l'hôpital des Enfans malades. Dans cet établissement ce danger est tel qu'il serait peut-être préférable de leur refuser l'entrée, quelque malades qu'il fussent, parce que la maladie qu'ils ont, peut difficilement leur faire courir autant de chances de mort que la contagion de la variole qui les attend à l'hôpital. Au moins serait-il urgent de ne point admettre les enfans qui ne sont pas gravement atteints : ce serait une punition pour les parens négligens, et même un acte d'humanité. Cette conduite serait d'autant plus nécessaire que, comme je l'ai dit en commençant, quelquefois des enfans non vaccinés sortent guéris après des affections légères, et c'est lorsqu'ils sont au sein de leur famille, au milieu d'autres enfans, que la variole, dont ils ont contracté le germe à l'hôpital, se développe et parcourt en partie ou même toutes ses périodes avant que l'enfant soit ramené à l'hôpital : nous en avons vu quelques exemples. On conçoit ainsi comment des foyers de contagion s'établissent au dehors, et n'attendent que des circonstances favorables pour donner naissance à une nouvelle épidémie. Peut-être pourrait-on encore tirer des faits qui précèdent la conclusion, qu'il serait fort important que les varioles fussent traitées dans un établissement à part, et n'ayant nulle communication avec un autre hôpital. (*Journal hebdomadaire*, janvier 1830.)

III. *Rhumatisme articulaire traité par le tartre stibié à haute dose*, par le professeur de Laprade.

Un portefaix âgé de vingt-quatre ans, à la suite de travaux excessifs, est pris de lassitude générale, à laquelle se joint bientôt de la

céphalalgie et quelques légers vertiges. Le septième jour de l'invasion, le genou droit devient douloureux, mais sans gonflement. (*Tisane de guimauve, julep, embrocations d'huile camphrée.*)

8e. jour. Genou droit douloureux; gonflé et un peu rouge; genou gauche douloureux sans gonflement ni rougeur; cessation des douleurs lombaire et pelvienne; pouls plein, un peu dur; ventre libre. (*Tisane de guimauve, julep, bouillon.*)

9e. La douleur occupe les deux genoux et les deux articulations tibio-tarsiennes avec gonflement, mais sans rougeur; pouls plein, un peu dur, vite sans être fréquent; chaleur de la peau naturelle. (*Mêmes prescriptions.*)

10e. Douleurs du genou droit, des malléoles et de la région inguinale des deux côtés. (*Idem.*)

11e. Douleur des deux genoux, des deux articulations tibio-tarsiennes et de la main gauche avec gonflement; cessation de la douleur des aines. (*Idem, saignée du bras de 6 à 8 onces.*)

12e. Douleur des deux genoux et des deux mains, surtout de la gauche, de l'articulation scaphulo-humérale et de la partie postérieure du cou; grande diminution de celle des malléoles. (*Mêmes boissons, quatre grains de tartre stibié dans 4 onces d'eau distillée, à prendre en quatre dosse, dans une infusion de feuilles d'oranger.*)

13e. La potion stibiée a été finie hier à six heures. Une seconde, contenant 6 grains, a été administrée ce matin en 4 doses, de quatre à dix heures. Le malade a eu dix selles hier avant onze heures du soir, et deux ce matin avant 9 heures. Nulle douleur dans aucune région de l'abdomen; point de vomissemens ni de vomituritions; langue humide, un peu rouge à la pointe; soif vive. La douleur des genoux a diminué, celle des poignets a augmenté; le droit est plus gonflé; les deux épaules sont douloureuses, surtout la droite. Du reste le malade se sent soulagé; il a pu se mettre sur le siége sans aide; le pouls a toujours le même caractère: plein, un peu dur; vite, sans être fréquent. (*Potion avec 8 grains de tartre stibié en 4 doses de deux en deux heures, deux pintes de tisane de guimauve.*)

14e. La potion avec 8 grains de tartre stibié était finie hier à six heures du soir. Une seule selle a eu lieu dans l'après-midi. Le malade a dormi toute la nuit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plusieurs jours. Dans la matinée, une autre potion de 8 grains a été donnée en 4 doses d'heure en heure (de cinq à neuf heures); elle n'a provoqué qu'une selle. Les matières étaient dures. La langue, toujours humide, a perdu le peu de rougeur qu'elle présentait à sa pointe. La

soif, quoique assez vive, est moindre. Abdomen sans douleur; point de nausées; le pouls n'a pas sensiblement changé; chaleur de la peau modérée. Les deux genoux, les deux pieds, les articulations du membre supérieur gauche, sont sans douleur. Le coude, le poignet, les articulations des doigts, l'épaule du côté droit et le derrière du cou sont les seuls points douloureux. Le coude l'est plus que tout le reste. (*Tisane de guimauve, potion avec* 10 *grains de tartre stibié dans* 6 *onces d'eau distillée, et infusion feuilles d'oranger. Bouillon.*)

15e. La potion de 10 grains était finie hier à six heures du soir. Point d'évacuations, grande agitation dans la nuit. Ce matin, 12 grains ont été donnés en 4 doses de quatre à six heures. A huit heures environ, vomissemens de matières bilieuses peu abondantes; et bientôt après quatre selles liquides, mais liées. Il y a encore quelques légères vomiturations. Langue toujours humide, sans rougeur; soif beaucoup moindre; abdomen indolent dans toutes ses parties. Légère épistaxis, légers vertiges, passagers, lorsque le malade se met sur son séant. Le pouls conserve les mêmes caractères. La douleur n'occupe plus que le poignet droit avec gonflement, et un peu l'articulation du coude. (*Mêmes boissons, potion avec* 8 *grains de tartre stibié en* 4 *doses. Bouillon.*)

16e. La potion a été finie comme à l'ordinaire vers six heures; le malade a déjà pris ce matin environ 6 grains de tartre stibié. (La visite a lieu à onze heures.) Il n'y a eu dans la soirée et ce matin que de légères vomituritions. Nous apprenons que le malade a mangé hier clandestinement une demi-livre de pain, ce qui n'est peut-être pas étranger aux vomissemens qu'il a éprouvés. Langue toujours humide, soif toujours moindre, sentiment de chaleur dans l'abdomen qui est toujours indolent. Quelques gouttes de sang se sont écoulées par le nez. Pouls sensiblement rallenti et irrégulier. Le poignet droit est encore un peu douloureux et un peu enflé. Douleur légère au gros orteil qui ce matin a été un instant rouge et gonflé. (*Six grains de tartre stibié en* 4 *doses; du reste mêmes prescriptions.*)

17e. La potion de 6 grains était finie hier à six heures. Six autres grains ont été donnés ce matin de quatre à dix heures. Point de vomissemens ni de vomituritions; 5 à 6 selles liées sans coliques; sentiment de chaleur dans la région hypogastrique, urines sédimenteuses, point de soif, appétit prononcé. Il ne reste plus qu'un peu de raideur dans le poignet droit. (*Six grains de tartre stibié; le reste, de même.*)

18e. Les 6 grains n'ont été donnés que ce matin, et ont été pris en quatre doses de deux en deux heures. Nulles vomituritions, 4 selles

liquides bien liées; sentiment de chaleur dans l'abdomen; point de soif. Pouls lent, légère douleur avec gonflement de l'articulation de la première avec la seconde phalange du petit doigt de la main droite. Crampes fréquentes dans les membres inférieurs et dans le bras gauche. (*Mêmes prescriptions.*)

19e. Point d'évacuations alvines, pouls très-lent. Les douleurs articulaires ont complètement cessé; sentiment de faiblesse dans les genoux, crampes aux membres gauches supérieurs et inférieurs. (*Tisane de guimauve avec l'eau de fleurs d'oranger, julep avec une once de sirop de valériane, soupe; mouton bouilli pour demain matin.*)

Les jours suivans amélioration, diminution des crampes. Le vingt-cinquième jour, sortie de l'hôpital. (*Journal de clinique des hôpitaux de Lyon*, janvier 1830.)

IV. *De la combustion dite spontanée;* par M. Dupuytren, professeur.

La combustion spontanée, dit M. Dupuytren, pourrait former le sixième degré de la brûlure, si un résultat devait être considéré de cette manière, si la mort pouvait être prise pour une maladie.

Bien des auteurs attribuent la combustion spontanée à une combinaison de l'alcool avec les tissus vivans. De ce que la plupart des individus qui succombent à cet accident étaient plus ou moins adonnés à l'usage des boissons spiritueuses, ils en concluent que cette substance rendant les tissus plus inflammables, détermine la combustion. Que celle-ci soit ou non spontanée, qu'elle prenne naissance dans le sujet lui-même et hors de toute cause extérieure, ou qu'elle soit produite par le voisinage et le contact de quelque corps comburant, toujours est-il, suivant eux, que l'alcool combiné avec les tissus doit être regardé comme la cause déterminante de la combustion.

Sans nier que la plupart des individus spontanément comburés, ne fussent pour l'ordinaire adonnés à l'usage des liqueurs alcoolisées, M. Dupuytren nie formellement que l'alcool, en ce qui est au moins de sa combinaison avec les tissus, entre pour rien dans l'événement. Voici les raisons sur lesquelles il s'appuie pour combattre l'opinion des auteurs.

On a nié qu'une combustion, autre que la combustion spontanée, pût consumer un corps complétement en une seule nuit. Comme vous, dit M. Dupuytren, j'ai passé ma jeunesse dans les amphithéâtres, et plus peut-être que la plupart d'entre vous, j'ai consumé mon temps

dans les dissections; mais, il y a trente ans, les cadavres n'abondaient pas comme à votre époque, on avait beaucoup de peine à s'en procurer, il fallait les dérober dans les cimetières, et la difficulté était plus grande encore pour y rapporter les débris. Aussi préférait-on les faire disparaître, et le plus souvent on les livrait aux flammes. Pour cette opération, des fagots étaient amassés dans la cheminée; les restes de deux, trois ou quatre corps étaient placées au-dessus, le feu y était mis le soir, et le lendemain matin tout était consumé. Nous avions soin de placer au-dessous les parties chargées de graisse, et la combustion était d'autant plus rapide, d'autant plus active que la matière graisseuse était plus abondante. Mais toujours la nuit suffisait à l'entière combustion.

Cette observation pratique, sur le plus grand degré d'inflammabilité des parties graisseuses, acquiert une nouvelle certitude par la lecture attentive des observations de combustion spontanée que l'on a publiées. Je ne connais pas d'exemple de combustion spontanée chez un individu maigre et sec; tous les sujets, sans exception, que la flamme a dévorés, étaient extrêmement gras. Il y a vingt ans que j'ai été appelé, rue Saint-Thomas du Louvre, pour un cas de ce genre, j'y reviendrai; il me suffit de dire ici que la femme qui en avait été la victime, était d'un excessif embonpoint.

Si maintenant on porte son attention sur les phénomènes qui se manifestent à la suite d'une combustion spontanée; si l'on veut bien noter que la chambre dans laquelle elle a eu lieu est trouvée pleine de vapeurs épaisses, les murs recouverts de matières noires carbonisées; qu'ordinairement des ruisseaux de graisse couvrent le sol, et avec quelques cendres, et parfois quelques fragmens osseux, forment les seuls débris d'un corps naguère organisé, notre remarque obtiendra une nouvelle créance.

Voilà ce qu'on observe; voici l'explication qu'on peut, selon M. Dupuytren, donner de ces phénomènes; voici comment les faits doivent se passer le plus souvent.

Une femme (c'est parmi les femmes que cet accident a été le plus souvent observé) rentre chez elle après avoir pris une dose un peu forte de liqueurs spiritueuses; il fait froid, et pour résister à la rigueur de la saison, un peu de feu est allumé; on s'assied sur une chaise, une chaufferette placée sous les pieds. Au coma produit par les liqueurs spiritueuses, vient se joindre l'asphyxie produite par le charbon; le feu prend aux vêtemens; dans cet état, la douleur se tait, le sujet est dans une complète insensibilité; le feu gagne, les

vêtemens s'enflamment et se consument, la peau brûle, l'épiderme carbonisé se crevasse, la graisse fond et coule au dehors; une partie ruisselle sur le parquet, le reste sert à entretenir la combustion, le jour arrive, et tout est consumé. Voilà comment l'alcool a été cause occasionelle de la combustion; c'est en produisant le coma, et non par un prétendu amalgame avec nos tissus, qu'il agit.

Pour ce qui est de la combustion elle-même, outre que l'exacte observation atteste qu'elle n'est jamais spontanée, et que toujours on a dû l'attribuer au contact d'un corps comburant, voici une observation qui tend encore à prouver qu'elle ne peut avoir lieu spontanément.

Il n'est personne qui, dans les chaleurs, n'ait observé le phénomène que je vais signaler. Quand la putréfaction est avancée, que les corps ont pris cette couleur livide et bleuâtre qui la caractérise, et qu'on entre le soir dans les amphithéâtres, on est frappé d'une lueur phosphorescente, qui entoure et recouvre les cadavres, analogue à la phosphorescence que l'on remarque quelquefois sur la mer, dans les chaleurs de l'été. La plupart de ces corps appartenaient à des individus qui ne se faisaient pas faute de liqueurs alcoolisées; *une auréole* de combustion les entoure, et cependant, jamais on n'a cité, jamais on n'a observé dans ce cas de combustion spontanée.

Ce qu'il vient d'avancer d'une manière générale sur la théorie de la combustion spontanée, l'expérience en a prouvé la justesse à M. Dupuytren, dans plusieurs faits qu'il a observés, et entre autres chez cette vieille femme de la rue Saint-Thomas du Louvre, sur laquelle nous avons promis de revenir.

Cette malheureuse, d'un embonpoint excessif, rentra chez elle le soir assez tard, après avoir pris une forte dose de boisson spiritueuse. Il faisait froid, elle s'assit en rentrant sur une chaise, au milieu de la chambre; le sommeil sans doute s'empara d'elle, mais un sommeil profond, un véritable coma dû à l'action de l'alcool, mais une asphyxie déterminée par la vapeur du charbon; le feu prit à quelque partie de ses vêtemens, il gagna, et elle fut consumée. Une fumée épaisse dans toute la partie supérieure de la chambre, des ruisseaux de graisse sur le sol, la chaufferette, quelques débris de la chaise et un peu de cendres, voilà tout ce que nous trouvâmes le matin à notre arrivée. Tout me convainquit que le fait s'était passé tel que je l'ai décrit; tout, depuis lors, m'a convaincu de la fausseté de l'opinion des auteurs sur l'influence de l'alcool comme identifié avec nos tissus dans la combustion dite spontanée; tout m'a convaincu qu'il n'agit que comme stupéfiant, que l'asphyxie due au charbon, et le coma,

par l'insensibilité qu'ils déterminent, sont les causes véritables d'une combustion qui toujours est communiquée, qui jamais ne survient spontanément, et que la graisse entre dans l'événement comme cause directe, comme aliment de la combustion.

(*Lancette française*, février 1830, n° 97.)

V. *Expériences sur la coloration de divers tissus*, par Casimir Broussais.

Pour traiter cette question clairement, utilement et sans répétition, il convenait de diviser les différentes lésions cadavériques en cinq espèces, et nous admîmes les suivantes : altérations qui dépendent 1° d'une inflammation aiguë; 2° d'une inflammation subaiguë ou chronique; 3° de l'atonie; 4° de causes physiques durant la vie, et 5° de la dissolution des organes et des fluides après la mort.

1° *Les tissus parfaitement blancs et complètement exempts d'inflammation* ne rougissent point par l'exposition à l'air, comme l'a prétendu à tort Laennec.

2° *Les tissus blancs et sains* rougissent par la macération dans le sang, les uns plus facilement, les autres moins; mais il est à remarquer que cette couleur rouge devient promptement foncée, brune et livide, si on continue la macération au-delà de quelques heures; de plus la pellicule diaphane qui revêt le plus extérieurement les séreuses, de même que celle qui forme la surface interne des veines et des artères, se colorent aussi; enfin, si la macération a duré plus d'un jour, il y commencement de friabilité. Mais dépose-t-on dans de l'eau pure ces même tissus colorés par la macération dans le sang, au bout de vingt-quatre heures il ne reste plus aucune trace de la coloration.

3° *Les tissus rouges et enflammés* éprouvent, par la macération dans l'eau pure, les changemens suivans : s'ils n'ont qu'une rougeur très-légère, celle-ci disparaît par cette macération et reparaît par l'exposition à l'air; mais si elle est vive et profonde, elle perd seulement un peu de son intensité. Des membranes occupées par divers points de phlegmasie chronique autour desquels s'était développée une inflammation récente, m'offrirent, à cet égard, les phénomènes les plus intéressans et les plus confirmatifs des principes de mon père sur les phlegmasies locales circonscrites.

4° *Dans les séreuses et les vaisseaux sanguins*, la membrane diaphane dont nous avons parlé tout à l'heure ne rougit point par l'inflammation, à moins que la cause irritante n'ait porté directement sur

elle, ou que, par les progrès de la maladie, la rougeur n'ait pénétré du tissu sous-jacent jusqu'à elle ; ce qui est rare et difficile.

5° *La rougeur par imbibition, par macération*, n'est rosée que dans les premiers momens ; elle passe promptement à la nuance foncée, livide ; elle est toujours uniforme, et jamais pointillée ni arborisée ; enfin elle disparaît facilement et complétement par la macération d'eau pure.

6° *La rougeur inflammatoire* est quelquefois arborisée et pointillée ; mais souvent aussi elle est uniforme, comme nous l'a prouvé une injection d'ammoniaque dans la carotide d'un chien. Dans ce dernier cas, elle peut être foncée et noire, mais non pas livide comme dans l'imbibition ; et, paraîtrait-elle d'ailleurs semblable à cette dernière, on l'en distinguerait facilement, puisqu'elle ne disparaîtrait pas, comme elle, par la macération dans l'eau pure. Si, au contraire, elle est légère et rosée, alors elle a une vivacité, un coloris animé qui n'appartient qu'à elle ; de plus, bien qu'elle disparaisse par le lavage ainsi que par l'imbibition légère, c'est moins facilement qu'elle ; enfin, et ceci est un fait des plus curieux, si, après avoir fait disparaître cette légère rougeur inflammatoire par le lavage, vous laissez le tissu exposé à l'air, il ne tarde pas à reprendre sa couleur, ce qui n'arrive point du tout à la membrane non enflammée qui n'aurait été qu'imbibée par le sang.

(*Annales de la Médecine physiologique*, janvier 1830.)

VI. *Emphysème des paupières, suite d'une déchirure de la membrane pituitaire*, par M. Paillard.

Un jeune homme, âgé de 25 ans, fut frappé avec violence sur cette partie de la face. Il ne résulta de cet accident qu'une douleur assez vive qui se dissipa promptement ; du reste, il n'y eut aucune difformité, et le malade ne fit aucune attention à ce léger mal. Quelques heures après, voulant se moucher avec force, il sentit comme un sillon de feu qui montait des parties latérales du nez au grand angle de l'œil et qui se répandait dans les deux paupières. Un gonflement considérable s'y manifesta, et en peu de temps les paupières devinrent si boursouflées que l'œil fut entièrement couvert, et que le passage des rayons lumineux fut tout-à-fait intercepté. Effrayé de cette circonstance singulière, le malade vint à l'Hôtel-Dieu, le 20 décembre 1829 ; les paupières étaient tendues, rénitentes, indolentes et sans changement de couleur à la peau. En les comprimant entre les

doigts, on sentait une crépitation manifeste; à ces signes on reconnut un emphysème ou infiltration d'air; le malade fut saigné du bras, et des compresses trempées dans l'eau végéto-minérale furent appliquées sur les paupières. Le troisième jour le gonflement était entièrement dissipé.

Cette affection singulière tenait, selon toute les probabilités, à une déchirure de la pituitaire vis-à-vis l'union du cartilage latéral nasal qui avait été détaché du bord inférieur des os propres du nez, par la violence du coup.

L'emphysème, suite d'une lésion d'un des points les plus élevés des voies respiratoires, a donné lieu quelquefois à des phénomènes très-singuliers, et assez embarrassans. Voici un fait que M. Dupuytren a rapporté à l'occasion du précédent.

Un homme fit une chute sur la partie antérieure du front; quelque temps après il se manifesta une tumeur assez volumineuse dans la région temporale; son caractère parut difficile à déterminer à plusieurs personnes, lorsque M. Dupuytren, la comprimant légèrement, et la faisant cheminer graduellement vers la partie antérieure du front, la fit disparaître tout-à-fait. Elle était le résultat du passage de l'air dans le tissu cellulaire ambiant, air qui provenait du sinus frontal fracturé et ouvert sous la peau.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme, âgée de 26 ans, qui reçut un violent coup de poing sur l'angle interne de l'œil gauche, et qui, dans les efforts qu'elle fit pour se moucher, eut un gonflement subit des deux paupières de l'œil. Ce gonflement, qui se dissipait sous l'influence des compresses trempées dans l'eau froide, se reproduisait à chaque effort que la malade faisait pour se moucher. L'usage des compresses trempées dans l'eau froide et l'absence de tout effort violent pour se moucher, guérirent promptement la malade. Cet emphysème dépendait probablement d'un écartement entre les os propres du nez, ou entre ceux-ci et l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur, ou bien enfin cette branche et l'os unguis. Ce diastasis était compliqué d'une déchirure du périoste extérieur et de la muqueuse pituitaire.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme amené à l'Hôtel-Dieu de Paris, en 1826; il était sans connaissanc, les mâchoires serrées, le col renversé en arrière, la respiration stertoreuse; le malade ne respirait que par le nez. On voulut pincer celui-ci, afin de faire ouvrir la bouche au malade; une violente expiration eut lieu; la paupière gauche se souleva un peu; on renouvela l'épreuve, et le gonflement augmenta;

une petite plaie contuse existait à cette paupière; le malade mourut le lendemain. A l'autopsie, on trouva une fracture de la voûte orbitaire qui s'étendait jusqu'aux cellules ethmoïdales moyennes, lesquelles contenaient même encore du sang liquide. (*Journal hebdomadaire*, janvier 1830.)

VII. *De l'hydrocéphale aiguë chez l'adulte*, par *M.* Dance.

M. le professeur Andral, regardant les *granulations* que l'on observe dans les poumons comme le produit d'une sorte de phlegmasie des vesicules pulmonaires (contracdictoirement à l'opinion généralement admise, d'après les recherches de Bayle et Laënnec, qui consiste à les considérer comme une variété de *phthisie pulmonaire*, ou comme le premier degré de tubercule naissant et encore à l'état de crudité), cherche dans son *Précis d'anatomie pathologique* à réfuter cette opinion par l'objection suivante :

«.... Si le tubercule commençait par être nécessairement *une granulation grisâtre et demi-transparente*, on aurait dû rencontrer celle-ci partout où a été trouvé du tubercule. Or a-t-on vu de semblables granulations dans les ganglions lymphatiques, où le tubercule a pu être suivi dans toutes les phases de son développement? En a-t-on vu *dans le cerveau*, etc.» (*Préc. d'anat. path.* tom. 1, pag. 410 et 411.) Nous répondrons à cette objection par l'observation suivante empruntée au mémoire de M. Dance.

Une journalière, âgée de 35 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une faible santé depuis dix mois, temps depuis lequel les règles manquaient, fut reçue à l'Hôtel-Dieu le 15 avril 1827. Quelques annonces de menstruation s'étaient manifestées le 24 du mois précédent; ce jour-là même, la malade avait été prise d'une douleur de tête qui alla graduellement en croissant. Au bout de 8 à 10 jours, la céphalalgie était devenue intolérable; il y avait par momens de l'assoupissement; une saignée fut pratiquée sans aucun résultat avantageux. Une nouvelle saignée fut faite au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Le 16 avril elle était dans l'état suivant: douleur répandue dans toute la cavité du crâne, se faisant sentir par élancemens violens, étant le sujet principal des plaintes de la malade; face abattue, vue trouble; pupilles légèrement dilatées; mouvement des membres lents et faibles, langue humide, saburrale; nausées et même vomissemens; constipa-

tion depuis plusieurs jours ; pouls tellement ralenti qu'on ne comptait pas au-delà de 35 à 40 pulsations par minute ; peau d'une température naturelle. (20 sangsues derrière les oreilles ; calom. gr. ij ; lavement purg. ; tis. de tilleul.) Le 17 étourdissement accablement plus profond, paupières pesantes et closes ; parfois divergence des axes optiques ; la malade dit que tous les objets sont en mouvement autour d'elle, et que ce tournoiement lui soulève l'estomac ; sa vue est confuse ; elle s'assoupit dès qu'on cesse de lui parler ; la céphalalgie est désignée par la sensation d'un bandeau qui serrerait étroitement le front ; par moment la respiration devient suspirieuse ; la pouls donne aujourd'hui 50 pulsations par minute ; il est faible et inégal. (Vésicatoire à la nuque.) — Le 20, la malade est dans un état de somnolence presque continuelle ; la température de la peau est devenue fébrile ; le pouls s'élève à 79 pulsations par minute, etc. — Mort le 21. Au moment de la mort, injection en noir des vaisseaux de la face ; dilatation égale des deux pupilles. — *Ouverture du cadavre* le 22. — *Tête*. Tension de la dure-mère sur le cerveau ; aplatissement des circonvolutions ; rougeur et injection de la pie-mère, sans déposition de fausses membranes à sa surface, à l'exception d'une plaque opaque et granuleuse qui se voyait le long du sinus longitudinal supérieur et qui paraissait appartenir aux glandes de Pachioni tuméfiées. Ayant décollé la pie-mère dans une grande étendue, nous l'avons trouvée recouverte de *petites granulations arrondies, du volume d'une tête d'épingle, de couleur grise, dures et demi-transparentes*, faisant corps avec cette membrane et lui adhérant ; nous en avons compté une vingtaine à la convexité du cerveau, les unes discrètes, les autres confluentes. De plus, énorme épanchement dans les ventricules cérébraux d'un liquide entièrement transparent, allant à quatre onces dans chaque ventricule latéral ; tuméfaction et rougeur des plexus choroïdes ; point de ramollissement sur les parois des ventricules ni dans la cloison qui les sépare ; toutes ces parties étaient cependant plus molles que dans l'état naturel ; il en était de même pour le reste de la substance cérébrale, dans laquelle on voyait beaucoup de ponctuations rouges. En outre, dans la moitié droite de la protubérance annulaire et la portion correspondante de l'éminence vermiculaire supérieure du cervelet, existait une véritable suffusion sanguine sans lacération, mais avec ramollissement de ces parties qui offraient une couleur noire violacée, et semblaient imprégnées de sang. Cette altération était d'autant plus apparente que le reste de la protubérance annulaire et du cervelet présentait une couleur et une consistance naturelle. Tout au voisinage,

la pie-mère était elle-même recouverte d'une couche mince de sang noire concret et pour ainsi dire combiné avec son tissu ; là aussi elle était parsemée d'un grand nombre de granulations semblables à celles dont il a été question. Les poumons en contenaient des myriades éparses dans tous les points de leur substance sans qu'il fussent autrement altérés ; il en existait encore un certain nombre sur la portion du péritoine qui tapisse la face antérieure de l'estomac ; la membrane muqueuse de ce viscère était ridée, mamelonnée et d'une couleur rouge, les autres organes à l'état sain. — Dans cette observation, comme dans la précédente (remarque l'auteur), on trouve pour lésion primordiale un grand nombre de granulations répandues en diverses parties, et notamment dans le réseau de la pie-mère où elles paraissent avoir favorisé l'afflux considérable de sérosité dans les ventricules cérébraux, et déterminé en outre une suffusion sanguine dans l'épaisseur de la pie-mère et de la protubérance annulaire. Les symptômes observés dans ce cas ont été d'abord en grande partie ceux de l'hydrocéphale aiguë, telle que la céphalalgie, les vomissemens, la lenteur extrême du pouls, l'obtusion des sens, et principalement celui de la vue ; mais plus tard, ces symptômes ont offert quelques particularités qui s'accordent assez bien avec la complication d'une hémorragie cérébrale ; la face est devenue vultueuse, l'œil rouge et proéminent ; la mort est survenue promptement avec les annonces d'une surcharge sanguine dans le cerveau. — A la fin d'une autre observation contenue dans le même travail, et qui présente la plus grande analogie avec celle que nous venons de rapporter, M. Dance ajoute la réflexion suivante, que nous croyons ne pas devoir omettre : « Il semble que ces granulations, *comparables aux tubercules à l'état de crudité*, déterminent des fluxions hémorrhagiques dans le cerveau, comme elles ont coutume de le faire à l'égard du poumon *dans le premier degré de la phthisie pulmonaire*. » — Ce fait, et les analogues rapportés par d'autres observateurs, suffisent pour prouver que les *granulations* des poumons ne sont pas une sorte de phlegmasie *vésiculaire* dont la forme particulière serait le résultat de la structure même de l'organe, puisque ces granulations se retrouvent avec le même aspect dans des parties qui n'offrent ni lobules ni *vésicules*, telles que le cerveau, par exemple ; point d'anatomie pathologique qui paraît avoir été contesté à tort par M. le professeur Andral. — (*Archives générales de Médecine*, janvier 1830.)

VIII. *Des abcès développés dans la fosse iliaque à la suite des couches. — Comment se fait l'ouverture spontanée des abcès dans les ogranes creux*, par M. Paillaird.

Les abcès, dans la fosse iliaque droite ou gauche, sont très-communs à la suite des accouchemens. Ils proviennent, dit M. Dupuyten, d'une inflammation développée dans l'épaisseur des ligamens larges de l'utérus, au moment où ils s'épanouissent près des fosses iliaques.

Le pus, une fois rassemblé en abcès dans ce ligament large et la fosse iliaque, peut prendre plusieurs voies pour s'échapper au dehors; il peut s'épancher dans le péritoine, ce qui détermine ordinairement la mort; ou bien il peut s'ouvrir dans la vessie, ou dans le vagin, ou dans le rectum. D'autres fois il apparaît à la marge de l'anus, comme les abcès qui sont ordinairement suivis de fistules. Dans d'autres circonstances, très-communes d'ailleurs, il paraît vers un point des parois abdominales; on le voit quelquefois faire saillie dans le flanc, où il produit de grands ravages. D'autres fois il passe, mais cela est rare, par l'anneau inguinal en suivant le trajet du ligament rond de l'utérus; M. Dupuytren en possède des exemples. Plus souvent enfin on le voit au dessus ou au dessous de l'arcade crurale.

Les abcès de la fosse iliaque s'ouvrent aussi souvent dans le cœcum, ou dans l'*S* iliaque du colon. Il est aussi digne de remarque qu'il sont plus fréquens à droite qu'à gauche; c'est ce qui fait que le cœcum est plus souvent que le colon le siége des perforations, *des usures purulentes*, si l'on peut se servir de cette expression. Quelle est la cause de cette fréquence plus grande des abcès iliaques à droite qu'à gauche?

Observation. La nommée Fichet, âgée de 36 ans, exerçant la profession de journalière, entra à l'Hôtel-Dieu le 2 novembre 1829, et fut couchée au n° 17 de la salle Saint-Côme. Elle était accouchée depuis deux mois environ; elle éprouvait des douleurs extrêmement vives dans la fosse iliaque droite où existait une tuméfaction considérable. Il y avait impossibilité d'étendre la cuisse sur le bassin, sans faire éprouver à la malade les plus violentes douleurs. On ne distinguait aucune fluctuation; la malade fut mise à la diète, à l'usage des bains généraux, des cataplasmes émolliens, etc., etc. La résolution de la tumeur ne s'opéra pas; au bout de quinze jours, une fluctuation profonde, obscure, se fit sentir, et M. Dupuytren déclara qu'on avait affaire, dans cette circonstance, à un abcès iliaque, si commun à la suite des couches. Plusieurs personnes, entre autres M. Capuron, ne

trouvèrent pas de fluctuation. Cette divergence d'opinion empêcha M. Dupuytren de faire l'ouverture de cette tumeur, ainsi qu'il se le proposait. Il sursit donc à cette opération ; quelques jours se passèrent, pendant lesquels il survint un phénomène qui parut infirmer l'opinion de M. Dupuytren sur la nature de la maladie. La tumeur de la fosse iliaque devint moins douloureuse, moins saillante et moins volumineuse. Aucune évacuation de pus n'avait eu lieu cependant par les selles, les urines ou le vagin, lorsque tout à-coup les douleurs se ranimèrent : la tumeur reparut plus volumineuse, et la fluctuation se montra plus évidente. M. Dupuytren se décida alors à pratiquer l'ouverture de cet abcès ; elle fut faite avec beaucoup de précaution, vu l'importance des organes qui se trouvent dans la région de l'aîne.

Une petite incision avec un bistouri étroit fut faite au-dessous de l'arcade crurale et en dehors de l'artère fémorale ; une très-faible quantité de pus s'écoula d'abord le long des bords de l'instrument. Une sonde de femme fut alors introduite sous l'arcade crurale par cette ouverture, et pénétra dans le centre du foyer. Une quantité énorme de pus sortit et s'écoula par cette sonde ; ce qui soulagea beaucoup la malade. La sonde fut retirée ; le lendemain, le changement de rapport des parties avait mis obstacle au libre écoulement du pus : la sonde de femme fut réintroduite ; il s'écoula encore une certaine quantité de pus, mais surtout de pus séreux.

Les douleurs diminuèrent chaque jour, la cuisse put s'étendre sur le bassin de jour en jour ; avec une plus grande facilité la suppuration se prolongea encore pendant long-temps avec abondance. Près de six semaines après il s'écoulait encore beaucoup de pus par l'ouverture artificielle qui avait été pratiquée au dessous de l'arcade crurale ; néanmoins les fonctions générales de la malade s'exécutaient bien, et elle était sous tous les rapports dans un état parfaitement bon. Peu à peu cette suppuration diminua, et finit par cesser entièrement ; la malade était tout-à-fait guérie à la fin de décembre 1829.

Réflexions. L'ouverture spontanée des abcès dans les organes creux autour desquels ils se trouvent placés, se fait d'une manière qui est digne de l'attention du médecin et du chirurgien. Cette voie d'évacuation qu'ils se choisissent est très-avantageuse dans certaines circonstances, puisqu'elle dispense d'une opération difficile, et quelquefois même impossible ; cette voie d'évacuation, cependant, paraît, au premier abord, devoir entraîner quelquefois des accidens très graves. En effet, le passage des matières stercorales contenues dans l'intestin, celui des urines renfermées dans la vessie, étant aussi facile à s'effec-

tier dans l'intérieur du foyer purulent, par l'ouverture faite aux parois des viscères, que celui des abcès dans les cavités de ces mêmes viscères, on pourrait croire que le contact de ces matières irritantes avec les parois du foyer purulent déterminera une inflammation des plus dangereuses. On sait, en effet, combien est à redouter celle qui résulte de l'épanchement des matières stercorales ou des urines hors des cavités destinées à les contenir et des conduits qui les transmettent au dehors; mais, quand on examine la manière dont les abcès s'ouvrent dans les organes creux, on ne tarde pas à se convaincre que, si le pus d'un foyer placé dans leur voisinage peut y passer facilement, il n'en est pas de même des matières qu'ils contiennent.

En effet, cette communication a lieu à l'aide d'une espèce de canal creusé plus ou moins obliquement dans l'épaisseur des parois de l'intestin ou de la vessie, et disposé, relativement à ces parois, comme le sont les uretères, par rapport à cette dernière. On sait que l'urine ne peut refluer dans les uretères quand elle est arrivée dans la vessie; il en est de même du pus dans le cas de perforation spontanée d'un organe creux; il traverse le canal qu'il s'est creusé dans l'épaisseur des parois de l'organe, et le remplit jusqu'à ce que la sécrétion soit complètement tarie. C'est alors que le calibre du canal diminue, et qu'il finit par disparaître entièrement.

Une femme, jeune et assez bien constituée, était affectée, depuis quelque temps, d'une maladie qui avait son siége dans le petit bassin. Sans s'être exposée à l'influence d'aucune cause nuisible appréciable, elle ressentit de vives douleurs à la région hypogastrique, dans le voisinage de la vessie et du rectum, et dans les aines. Un médecin, que cette femme consulta, la crut atteinte d'une maladie de l'utérus; mais le toucher pratiqué lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, dans les premiers jours de janvier 1829, ne fournit à cet égard aucune indication; on sentait seulement, à l'aide du doigt, porté alternativement dans le vagin et le rectum, et le plus haut possible, tandis que, d'une autre part, on déprimait fortement l'épigastre avec l'autre main; on sentait, disons-nous, une tumeur profondément située, douloureuse à la pression, et dont le siége ne put être rigoureusement déterminé. Cette tumeur étant jugée de nature inflammatoire, la malade fut soumise à un traitement antiphlogistique, qui consista spécialement dans l'usage des bains, des cataplasmes émolliens, des boissons adoucissantes, etc.

Quelques jours s'étaient à peine écoulés que les douleurs se dissipèrent spontanément, sans qu'on pût expliquer, dans les premier

momens, une si brusque disparition ; mais on ne tarde point à remarquer que les urines contenaient une très-grande quantité de pus, dont l'émission avait eu lieu sans gêne et sans douleur : cet écoulement n'avait point encore cessé lorsque la malade voulut sortir de l'hôpital. Selon toutes les probabilités, il aura dû se prolonger encore quelque temps, après quoi la guérison sera devenue complète.

(*Journal hebdomadaire*, janvier 1830.)

LITTERATURE MEDICALE ETRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ANGLAIS ET AMÉRICAINS.

Ligatures métalliques pour les artères. — Coloration par la garance des os d'un fœtus. — Rhus glabrum contre la salivation. — Essence de térébenthine dans la hernie étranglée. — Squirrhe du testicule guéri par l'iode. — Térébenthine contre l'iritis. — Hernie de la vessie. — Hernie épiploïque, guérie par l'amaigrissement. — Essais faits avec les remèdes nouveaux, strichnine, brucine, vératine, morphine. — Coton cardé pour panser les vésicatoires. — Tarentelles. — Phlegmasia alba dolens. — Résection d'une partie de la mâchoire supérieure.

I. *Ligatures métalliques pour les artères.*

Les ligatures ordinaires, quand elles sont appliquées sur un vaisseau, forment un corps étranger qui s'oppose à la réunion immédiate de la plaie. Pour remédier à cet inconvénient, le docteur Physick, de Philadelphie, avait proposé de se servir des cordes à boyau, qui, macérées par l'humidité et décomposées par la chaleur animale, auraient, au bout de peu de temps, pu être résorbées sans causer la suppuration et la réouverture d'une plaie réunie par première intention. La théorie semble très-favorable à cette idée, qui malheureusement n'a pas été mise en pratique assez souvent pour que nous puissions porter un

jugement définitif. Le même chirurgien avait proposé des ligatures de plomb, en partant de ce fait très-connu, que les projectiles composés de ce métal séjournent indéfiniment dans l'intérieur de nos membres sans occasioner le moindre accident. Un autre chirurgien des États-Unis, M. Levert, a tenté des expériences sur cette seconde idée de Physick ; il en rapporte cinq qui furent faites sur des chiens. Au bout de sept ou huit ans, les animaux furent tués, et les artères carotides, sur lesquelles on avait fait la ligature, examinées avec soin. Le fil de plomb serra toujours suffisamment et ne se rompit pas. L'oblitération du vaisseau était complète ; le métal était enveloppé d'une espèce de gaine cellulaire, et les parties voisines ne portaient aucune trace d'irritation ni de suppuration. M. Levert a tenté d'autres expériences avec des fils d'or, d'argent et de platine. Les résultats ont été entièrement semblables à ceux obtenus avec le fil de plomb.

(*The american Journal*, novembre 1829).

II. *Coloration par la garance des os d'un fœtus.*

Beaucoup de doutes existent sur le mode de communication des vaisseaux de l'utérus avec ceux du placenta. Peu d'anatomistes ont réussi, comme Lecat, à pousser une injection dans ces derniers en passant par les vaisseaux de la matrice. Le docteur Mussey, professeur au collége de Dartmouth, dans le New-Hampshire, a fait des expériences qui prouvent, au moins pour les animaux sur lesquels il les a tentées, que les communications entre les vaisseaux de la matrice et ceux de l'œuf permettent le passage d'une substance étrangère. Il a donné à des truies pleines trois ou quatre onces de garance, mêlées à leur nourriture ordinaire, une fois pendant huit semaines avant la mise bas. Les petits sont nés avec les dents colorées en rose ; un os long, scié dans sa longueur, a montré la couleur de garance bien plus foncée. Une autre fois, il a mêlé quatre onces de garance à la nourriture d'une truie pleine, et l'a fait périr par une saignée. Le sérum de ce sang était très-rouge, l'urine aussi était fortement colorée. L'addition d'un alcali fonçait beaucoup cette teinte ; la liqueur amniotique, traitée par la potasse, se colorait en rouge ; les dents et les autres os des petits, qui étaient au nombre de six, étaient aussi colorés que dans l'autre expérience qui avait duré huit semaines. (*Idem.*)

III. *Rhus glabrum contre la salivation.*

Dans les pays où les préparations mercurielles sont employées contre la presque totalité des maladies, on a dû chercher avidement les

moyens capables d'arrêter un des accidens les plus désagréables que cause l'usage de ces préparations. Les Américains, qui aiment le mercure presque autant que leurs frères de la Grande-Bretagne, sont mieux situés qu'eux pour trouver un remède à la salivation. Leur pays vaste et offrant la plus grande variété de climats, est plein de végétaux actifs. C'est parmi eux que le docteur Fahnestock a trouvé l'agent précieux dont nous allons parler. La Pensylvanie fournit sept espèces de sumac ou rhus, savoir : le *typhicum*, le *glabrum*, le *canadens*, le *vernix*, le *toxicodendron*, le *radicans* et le *copullinum*. La plupart ont des propriétés actives : le *vernix*, le *radicans* et le *toxicodendron* ont été beaucoup employés en France par Dufresnoy, Porc, Gonau ; en Allemagne, par Verdegen, Van Baerlem, Burdaels, contre la paralysie, les dartres et les consomptions. On a reconnu qu'ils exerçaient une action très-forte sur le système nerveux ; les autres chênes, moins le *glabrum*, ont des vertus très-analogues, à en juger du moins par la qualité âcre et corrosive de toutes leurs parties. Le *glabrum* lui-même est assez actif pour que sa décoction répercute les dartres et autres exanthêmes chroniques. Si l'idée de M. Barbier, d'Amiens, idée qui domine aujourd'hui tous les pharmacologistes de l'école physiologique, est vraie, c'est dans un genre de plantes qui a des propriétés si actives que l'on doit espérer de trouver des vertus médicatrices d'une force correspondante. Toutefois, ce n'est pas cette idée qui a conduit M. Fahnestock à l'usage du *rhus glabrum* ; au contraire, les moyens employés pour arrêter la salivation prolongée, dit-il, sont tous des stimulans ou des astringens actifs ; souvent même ils sont corrosifs : tels sont le borax, la myrrhe, le quinquina, l'alun, l'acide nitrique, etc. ; leur usage cause des irritations nouvelles et situées plus profondément. Ayant vu les accidens les plus graves résulter de la salivation et des remèdes qu'on lui oppose ordinairement, je dirigeai mon attention vers des astringens légers, tels que le thé vert ; m'en étant bien trouvé, je continuai mes essais avec des substances plus douces, telles que l'orme, le sassafras, et enfin le sumac glabre. Il cite plusieurs observations dans lesquelles il a réussi à arrêter la salivation avec la seconde écorce de la racine de cet arbuste ; il y en a une surtout qui est presque merveilleuse : des gargarismes faits avec la décoction de l'écorce de *rhus glabrum* ont arrêté les ravages d'une salivation, telle qu'on n'en peut avoir vu que dans les terres classiques du calomel. Elle avait duré si long-temps, malgré l'usage du borax, de la myrrhe, etc., qu'elle avait causé l'ankilose de la mâchoire, une ulcération gangréneuse des joues, la carie d'un

des maxillaires supérieurs.... Le docteur F. donne une description botanique très détaillée du sumac glabre et des rhus vernix, celui de tous les sumac qui lui ressemble le plus. Les différences sont pourtant assez tranchées pour qu'on ne puisse pas les confondre. (*Idem.*)

IV. *Essence de térébenthine dans la hernie étranglée.*

Le professeur Sewall avait fait un article pour recommander l'essence de térébenthine à l'intérieur comme un excellent moyen pour réduire la hernie étranglée. Cette assertion parut vague et dangereuse à un autre chirurgien, M. Hamilton, et dans le numéro suivant du même journal où avait paru l'article du professeur Sewall, il établit que, d'abord ce remède était loin d'être nouveau, puisque lui-même l'avait vu employer dès son enfance, et secondement que ce n'était pas réellement contre la hernie étranglée qu'il réussissait, mais seulement contre ce qu'il appelle les *coliques scrotales*. Un exemple qu'il cite fera mieux comprendre ce qu'il entend par-là. « Je fus appelé pour donner des soins à un individu affecté d'une hernie scrotale, qui venait de donner, depuis quelques heures, tous les signes de l'étranglement. La distension par les gaz et les excrémens était telle que tous les efforts de réduction furent inutiles. En réfléchissant sur cette énorme accumulation, il me semble que si l'obstacle provenait du resserrement de l'anneau inguinal, la circulation des matières devait être gênée dans la branche descendante de l'anse aussi bien que dans la branche ascendante, conséquent les matières n'auraient pas pu arriver dans la hernie pour lui donner le volume qu'elle avait acquis. Je m'imaginai que la portion descendante était libre, et que l'engouement tenait à un resserrement occupant les fibres musculaires de la portion ascendante, resserrement qui arrêtait la circulation des matières amenées par le mouvement péristaltique. Cet état me parut tout-à fait identique à ce qui a lieu dans les coliques spasmodiques. Dans celles-ci j'avais vu souvent réussir l'huile essentielle de térébenthine; je voulus en faire l'essai dans le cas actuel : le succès surpassa mon attente. En quelques instans le contenu de la hernie fut déplacé, et le taxis put faire rentrer la tumeur dans le ventre. (*Idem.*)

V. *Squirrhe du testicule, guéri par l'iode.*

Un homme de cinquante-trois ans avait, depuis dix mois, un engorgement du testicule droit. La présence du liquide était reconnaissable dans la tunique vaginale; au dessous, on sentait la glande dure

et bosselée, le cordon spermatique était sain. M. Guthrie, chirurgien de l'hôpital de Westminster, évacua le liquide au moyen d'une lancette. Ensuite il mit le malade à l'usage du sous-muriate de mercure, mêlé à l'extrait de ciguë, matin et soir. Un suspensoire fut appliqué ainsi qu'un cataplasme de ciguë en feuilles; ce traitement dura un mois; le testicule diminua enfin de volume et de dureté. Le mercure avait affecté les glandes salivaires; on s'occupa de faire cesser la salivation, et le traitement fut repris de la manière suivante: une bougie fut placée dans le canal tous les deux jours, uniquement pour exciter sympathiquement le testicule. M. Guthrie s'est déjà trouvé bien de ce moyen-là. La teinture d'iode fut appliquée au scrotum de la manière suivante: le scrotum rasé est recouvert d'une compresse, imbibée de teinture que l'on renouvelle ou que l'on humecte de nouveau quand elle est sèche, on la laisse en place jusqu'à ce qu'elle ait causé une irritation considérable, ce qui a lieu au bout de vingt-quatre, de quarante-huit ou de soixante heures. Au bout de ce temps, le scrotum est devenu dur et douloureux; alors on applique un cataplasme qu'on laisse vingt-quatre heures; l'épiderme se détache, et une surface vive et irritable est à nu. C'est une façon lente d'appliquer un vésicatoire. Quand l'épiderme s'est reformé, on recommence les applications d'iode. Sous l'influence de ce traitement, le testicule a repris son volume naturel: sa douleur s'est dissipée; il ne reste plus qu'un peu de liquide dans la tunique.

Si M. Guthrie attribue principalement la guérison à l'introduction de la bougie, remède qu'il paraît affectionner beaucoup, comme étant imaginé par lui, il est peut-être un peu présomptueux, et déduit un grand effet d'une petite cause; et par l'excès contraire s'il ne veut voir dans l'action de l'iode qu'un effet vésicant, l'action fondante spécifique de l'iode a été signalée trop souvent pour qu'il soit permis de la méconnaître. Plusieurs médecins l'avaient, à la suite des beaux travaux de M. Coindet, de Genève, appliquée à la fonte des glandes engorgées. J'ai été le premier à l'opposer à l'engorgement squirrheux du testicule. Il y a près de six ans que j'ai publié une observation de ce genre dans laquelle j'obtins un plein succès. Le sujet est encore vivant, et peut attester que beaucoup de chirurgiens des hôpitaux de Paris avaient proposé l'ablation de l'organe malade.

(*The London medical and physical Journal*, novembre 1829.)

VI. *Térébenthine contre l'iritis.*

Une femme fut attaquée d'iritis aux deux yeux. Sa naissance coïn-

cida avec un exanthême qui paraissait d'une nature vénérienne, quoique la malade assurât n'avoir jamais éprouvé les symptômes primitifs de ce mal. Le médecin l'en crut sur parole, car, dans tout le traitement, il n'eut pas une seule fois recours à une préparation de mercure; il se contenta de prescrire un gros de térébenthine trois fois par jour. La malade ne la supportait pas toujours aisément, elle se plaignait souvent de nausées et d'étourdissemens. Cependant la dose prescrite fut prise à peu près chaque jour; quelques applications de sangsues aux tempes furent jugées nécessaires dans le cours de la maladie, qui dura plus d'un mois. C'est M. Weight qui a écrit l'observation. MM. Richard, Tuthill et Foote ont recueilli dans le même hôpital (*Royal Westminster ophtalmic hospital*) deux autres observations à peu près semblables. La maladie a toujours duré plus d'un mois; et comme la saignée, les sangsues ou les ventouses ont été employées concurremment avec la térébentine, comment savoir que c'est précisément cette dernière qui a guéri les malades? (*Idem.*)

VII. *Hernie de la vessie.*

M. Gilbert Th. Burnett fut consulté par un homme qui portait une hernie scrotale, et qui lui demanda s'il était possible que la vessie urinaire s'échappât dans les bourses. En examinant le patient, le chirurgien reconnut que le viscère échappé était sorti par l'anneau inguinal du côté droit. L'ouverture interne de cet enduit était très-rapprochée de l'ouverture extérieure, ainsi que cela a lieu dans les hernies anciennes; mais rien ne pouvait faire supposer qu'originairement ces deux ouvertures eussent été face à face. La tumeur remplissait le scrotum; derrière on sentait indistinctement le testicule. Si la singulière question du malade n'eût fait naître des doutes, on se serait arrêté à la supposition que l'on avait affaire à un hydrocèle du cordon: la fluctuation paraissait un signe décisif, mais la tumeur diminuait de volume quand le patient urinait; bien plus, en la comprimant avec sa main, il aidait beaucoup à la sortie des dernières gouttes d'urine.

La maladie était ancienne (cinq ans); le fond de la vessie, qui était sorti, avait sûrement contracté des adhérences avec la membrane celluleuse qu'il touchait, le contenu de la vessie était vidé ou rentrait, mais la poche elle-même était irréductible. D'ailleurs, la santé de l'individu était bonne, les digestions étaient régulières, on ne pouvait pas craindre qu'aucune portion du tube intestinal fît partie de la hernie. Un bandage, qu'un autre chirurgien avait conseillé dans la

persuasion qu'il avait affaire à un bubonocèle ordinaire, avait causé des douleurs qui avaient forcé à y renoncer. Un suspensoir fut le seul moyen de soulagement que M. Burnett crut devoir proposer. L'individu vécut trois ans après cette consultation. Il mourut d'une fluxion de poitrine; mais les préjugés anglais s'opposèrent à l'ouverture du cadavre; cela est fâcheux : il eût été curieux et intéressant pour la science de voir toutes les circonstances anatomiques de cette singulière hernie. Les signes positifs que nous avons déjà mentionnés sont trop évidens pour qu'il reste le moindre doute sur la nature de la lésion, quoique son étude n'ait pas pu être poursuivie dans l'intérieur du bas-ventre. (*Idem*, décembre 1829)

VIII. *Hernie épiploïque, guérie par l'amaigrissement.*

Un homme, porteur d'une hernie inguinale très-volumineuse, fut reçu à l'hôpital de Saint-Barthélemy. Le chirurgien de service, M. Earl, constata que la masse logée dans le scrotum était dure et non élastique. Ce testicule pouvait être distingué à sa partie inférieure. Les intestins fonctionnaient bien. Les parties déplacées résistaient à tout essai de réduction; mais il n'y avait aucun symptôme qui annonçât du danger : on voulut essayer de l'amaigrissement général pour faire diminuer le volume de la tumeur que l'on ne pouvait pas méconnaître pour épiploïque. « Je veux, dit M. Earl au malade, essayer de convertir votre graisse en savon, en la saturant avec de la potasse. » On voit que les chirurgiens de Londres ne repoussent pas l'occasion de faire de l'esprit.

La potasse fut employée : on donna vingt gouttes de la liqueur trois fois par jour; le malade fut mis à une diète sévère et garda le lit. En même temps, pour aider l'action des absorbans, on fit des onctions mercurielles, jusqu'à produire un léger ptyalisme. Au susdit temps, ce traitement produisit d'excellens effets. Au bout de cinq semaines le but qu'on se proposait était atteint; le volume de l'épiploon échappé était diminué, sa consistance ramollie, et on put le faire rentrer. On put alors sentir le col du sac herniaire qui était extrêmement épais.

Essais faits avec les remèdes nouveaux, strichnine, brucine, veratrine, morphine, iode, etc.

M. James Lomax Bardsley, médecin de l'hôpital de Manchester,

a fait de nombreuses expériences avec tous les produits nouveaux que la chimie a fournis à la matière médicale. Elles confirment pour la plupart l'opinion que nous en avons aujourd'hui en France.

Voici la statistique de ses résultats, avec les principales réflexions de l'auteur. Vingt-trois cas de paralysie ont été traités par la strichnine. Ce moyen réussit surtout lorsque la paralysie est due à une diminution de l'excitabilité nerveuse: quand elle provient de lésions organiques, lorsqu'elle succède à une hémorrhagie cérébrale avec déchirure profonde, on n'en peut attendre que peu de secours. Encore, dans les cas d'apoplexie légère, faut-il faire précéder son usage par les moyens antiphlogistiques révulsifs et dérivatifs, la saignée, les sangsues, ventouses, purgatifs. En général, la strichnine réussit mieux dans la paraplégie sans lésion de l'épine, que dans l'hémiplégie. M. Bardsley n'a expérimenté que sur des adultes; il n'a pas osé employer un remède aussi actif chez de très-jeunes sujets. Il en a toujours fait le moyen principal, et, autant que possible, unique du traitement, persuadé que, dans l'emploi simultané de plusieurs agens thérapeutiques, on ne peut pas savoir à coup sûr auquel on est redevable de la guérison. Dans tous les cas, les premières doses de strichnine ont produit dans les parties paralysées des tiraillemens convulsifs; ce n'est qu'après la manifestation de ce phénomène que les effets du remède sont arrivés. Le docteur Manson, qui a essayé de traiter des paralysies par l'iode, a observé qu'il produisait des pincemens semblables. Le docteur Alderson a vu la même chose à la suite de l'emploi du rhus toxicodendron toujours contre la paralysie.

La strichnine a un grand avantage sur plusieurs autres remèdes: loin de délabrer l'estomac comme eux, elle stimule au contraire et augmente l'appétit. Le docteur Bardsley recommande de n'en donner d'abord qu'un huitième de grain deux fois par jour: on augmente ensuite jusqu'à un sixième, un quart, un demi-grain, également répété deux fois par jour. Une seule fois il a répété cette dernière dose (demi-grain), trois fois par jour; mais il survint des vertiges, des vomissemens, anxiétés précordiales, faiblesse extrême du pouls après la quatrième dose, et il fallut suspendre le remède pendant quelques jours. Ces épiphénomènes se continuèrent quelque temps, mais cédèrent à l'administration des stimulans actifs, tels que l'eau-de-vie, l'ammoniaque.

La strichnine a été employée avec succès contre la diarrhée chronique chez six individus. C'est chez les personnes avancées en âge et faibles de constitution que l'on peut éprouver du succès. La strichnine

ne réussirait pas si la diarrhée était due à un état inflammatoire de la muqueuse. Son action paraît tenir principalement à l'effet qu'elle produit sur l'estomac ; le docteur Bardsley ne prétend pas la préférer toujours aux astringens et aux calmans qui sont vantés dès long-temps comme les correctifs naturels de la diarrhée ou dyssenterie : c'est lorsque ceux-ci ont été vainement essayés qu'il a recours au remède courant.

Il a traité aussi par la strichnine des aménorrhées : douze femmes affectées de cette maladie ont été soumises à son usage ; chez quatre le succès a été très-évident. La strichnine paraît stimuler les vaisseaux de l'utérus en même temps qu'elle augmente la vigueur de toute l'économie. M. Bardsley conseille d'unir à ce remède les doux laxatifs, lorsque le ventre est un peu paresseux : on sait que les constipation compliquent presque toujours l'aménorrhée.

La *brucine* a été donnée aussi contre la paralysie ; dix cas de succès sont détaillés par l'auteur. L'action de la brucine est analogue à celle de la strichnine, mais moins puissante ; aussi est-elle préférable quand on a affaire à des paralysies compliquées de beaucoup de trouble cérébral. Il est prudent de n'en donner d'abord qu'un grain deux fois par jour ; on peut graduellement aller jusqu'à deux grains trois ou quatre fois par jour ; si au bout de cinq ou six semaines la brucine n'a pas produit une amélioration marquée dans l'état du malade, il ne faut pas compter sur le succès.

L'acétate de morphine, n'ayant pas de spécificité contre une maladie, n'a pu donner de résultats bien positifs ; c'est contre l'élément douleur, compliquant ou diminuant d'autres élémens morbides, que M. Bardsley l'a employé. Il a en a obtenu de bons effets dans les douleurs chroniques d'estomac, dans les squirrhes et indurations de l'utérus, dans les douleurs violentes qui augmentent quelquefois l'arrivée de l'écoulement menstruel ; il a fourni un soulagement manifeste dans six cas de névralgie.

L'acétate de morphine paraît préférable à l'opium ordinaire et aux préparations qui le contiennent dans son intégrité. Son effet narcotique est aussi certain, et il ne cause pas, comme l'opium, la constipation et les vertiges. En commençant, il n'en faut donner qu'un quart de grain ; l'on peut ensuite augmenter la dose jusqu'à un grain ou deux, selon l'urgence du cas ; c'est sous forme pilulaire que M. B. l'a employé le plus souvent. Le journal qui a analysé le livre, et auquel nous empruntons ces détails, observe avec raison que la forme liquide doit être préférée, à cause de la plus grande facilité qu'elle donne pour graduer des doses minimes.

La vératrine et le colchique ont été opposés à l'hydropisie et au rhumatisme chronique. Sur vingt-quatre cas de cette dernière maladie, traités par la vératrine, dix ont été soulagés, sept guéris, et sept autres n'en ont éprouvé aucun bon effet. Vingt-quatre cas ont d'autre part été traités par le colchique : onze ont été soulagés, sept ont été guéris, six ont résisté.

Feu le docteur Haden regardait le colchique comme un sédatif direct du sang ou contre-stimulant, comme disent aujourd'hui les Italiens, puisqu'il l'employait dans les maladies inflammatoires pendant la première période. M. Bardsley condamne cette pratique et cette théorie comme dangereuses. Dans la fièvre allumée par le rhumatisme aigu, rien ne peut remplacer la saignée.

L'efficacité du colchique dans la goutte est confirmée par l'expérience de tous les praticiens; cependant M. Bardsley n'en a vu que peu de soulagement jusqu'à ce que le remède produisit la purgation. Un médecin qui l'a beaucoup essayé sur lui-même, M. Simmons, assure qu'il ne s'en est bien trouvé que lorsque le colchique a produit ce dernier effet. La préparation dont il se servait était le vin fait avec les semences de la plante. L'exemple de sir Joseph Banks reste cependant comme un témoignage de l'efficacité du colchique pour dissiper une attaque de goutte sans produire aucune évacuation sensible.

Peu de temps après l'usage de la vératrine et du colchique, le pouls devient lent et petit. Si le remède a été rapidement porté à une dose un peu forte, il survient des nausées, des vomissemens et des déglutitions inquiétantes. M. Bardsley a commencé par ne donner qu'un quart de grain de vératrine, qu'il a porté graduellement à un demi-grain trois fois par jour, ou un grain répété deux fois dans le même temps. Le colchique a été donné à la dose de vingt gouttes de vin de semences, augmentées graduellement jusqu'à vingt-cinq ou trente; il est rare que l'estomac supporte plus que cette dernière dose.

L'iode a été employé intérieurement et à l'extérieur : c'est l'hydriodate de potasse que M. Bardsley a préféré dans les deux cas. La solution d'hydriodate a été donnée à la dose d'un-demi gros dans une once de véhicule; le sel a été incorporé à l'axonge dans la proportion de deux scrupules pour une once de ce dernier. Les seules observations nouvelles que M. Bardsley ait faites sur l'emploi de l'iode sont celles-ci : dans quelques cas d'hydropisies provenant d'embarras de la circulation, ce remède peut être efficace; on le trouvera tel, surtout dans l'ascite dépendant d'un engorgement du foie, ou dans les tumeurs stéatomateuses développées dans le bas-ventre.

Rien de nouveau sur la cinchonine et le sulfate de quinine. La gentianine a produit de bons effets dans la dispnée avec irritabilité de l'estomac : la forme pilulaire est préférable à la teinture.

L'émétique à la dose de cinq grains a été trouvé, par M. Bardsley, un émétique actif; à celle d'un grain et demi de cinq en cinq heures, il a agi comme un diaphorétique doux; à celle d'un quart de grain toutes les trois heures, comme un expectorant. Tous ces effets ont été uniformes et certains. Dans quelques cas de dyssenterie, de diarrhée chronique, de catarrhe pulmonaire ancien, l'émétique combiné avec l'opium à petite dose a été d'un excellent secours. C'est sous forme pilulaire, et mêlé avec un peu d'extrait aromatique que ce remède a été employé.

Le docteur Bardsley a traité comparativement des chorées par plusieurs remèdes différens; il a été amené à conclure que le mélange des purgatifs et des antispasmodiques guérissait plus tôt et plus sûrement qu'aucun de ces deux moyens employés isolément.

Quelques observations de diabetès prouvent l'efficacité d'un régime animal, de l'opium et des bains chauds contre cette grave maladie. A la fin du livre, il y a quelques pages sur l'emploi des fumigations sulfureuses dans quelques maladies de la peau, le rhumatisme aigu, le diabetès.

Nous transcrirons en finissant, ce que le critique anglais dit après avoir analysé l'ouvrage : il nous semble que les éloges sont bien mérités, et par la quantité de faits positifs que le docteur Bardsley nous a donnés, et par la sagacité avec laquelle il les a recueillis et commentés. Le » livre du docteur Bardsley sera consulté avec fruit par tous les méde- » cins qui pratiquent. Ses travaux portent le cachet de la bonne » foi et de la conviction; c'est une addition importante aux connais- » sances que nous possédions déjà sur les remèdes qu'il a essayés. »

IX. *Coton cardé pour panser les vésicatoires.*

M. Mezzil, chirurgien de Natchez (Mississipi), recommande de recouvrir d'une couche de coton cardé d'un demi-pouce d'épaisseur, les vésicatoires que l'on désire dessécher, après les avoir établis. Aussitôt qu'on a retiré l'emplâtre vésicant, on substitue le coton sur la cloche formée; sans doute il faut faire à celles-ci quelques ouvertures pour l'écoulement de la sérosité, cela va sans dire. Le coton absterge toute l'exudation qui est fournie, et au bout de deux jours un nouvel épiderme est formé. M. Mezzil assure que, pansés de cette

façon, les vésicatoires ne causent pas la moindre gêne, et permettent tous les mouvemens ordinaires des parties, même quand ils occupent la région cervicale.

XI. *Tarentule.*

Un correspondant italien du journal anglais que nous analysons raconte le fait suivant, qui est à classer parmi tant d'autres qui ont déjà prouvé la susceptibilité prodigieuse des organisations méridionales, et la susceptibilité plus grande encore de leur imagination.

Un homme âgé de 70 ans, d'un caractère posé, aperçut deux insectes semblables à des araignées qui se promenaient sur ses bottes. Il ne s'en inquiétait pas, mais tout à coup il ressentit une douleur cuisante au bras gauche, près de l'artère radiale. Il n'y avait pas trace de morsure : seulement il aperçut une gouttelette de liqueur jaune, qu'il se hâta d'essuyer. Malgré cette précaution, la douleur se propagea avec la rapidité de l'éclair à l'aisselle, et au bas vers les genoux. Elle pénétra profondément jusqu'aux os, que le malade ressentait comme tenaillés. Ne pouvant se tenir debout, il se coucha sur la terre. Un mouvement convulsif agitait tous ses membres; son corps était froid et couvert d'une sueur jaune; les narines prodigieusement dilatées. Ses camarades le mirent sur une mule et le menèrent à Marino. Pendant la route il fut plus tranquille; mais quand la mule s'arrêta, il se sentit disposé à danser. Un chirurgien appliqua un fer rouge sur le bras, à l'endroit où la gouttelette avait été déposée. La brûlure ne fut pas même ressentie par le malade; son père, qui avait grande foi à certains empiriques de *médecins* appelés *ciraulari*, fit venir le plus renommé d'entre eux : il était à peine arrivé, et avait à peine imposé les mains sur le patient, que celui-ci se trouva soulagé. Pour compléter la cure, il ne fallut que trois jours pendant lesquels les seuls remèdes matériels qu'il employa furent un verre d'eau de poulliot et un bain de vin aromatisé avec des herbes, entre lesquelles on distinguait le romarin. Le correspondant italien raconte un autre fait semblable, et croit que la plante plus active qu'on avait fait bouillir dans le bain vineux est le brane ursine, ou *acanthus mollis*. Nous estimons que la croyance profonde du peuple italien dans les maladies merveilleuses, et leur foi robuste dans le pouvoir des charlatans, sont des élémens plus certains de la maladie et de son remède,

que le venin de l'araignée, et l'infusion vineuse de l'acanthe.

XII. *Phlegmasia alba dolens*, par le docteur Hoston.

Une femme de trente-six ans, jouissant d'une bonne constitution, et ayant toujours mené une vie très-régulière, eut un accouchement assez laborieux, qui ne fut suivi d'aucun accident bien grave pendant les huit premiers jours : il y avait à l'abdomen un peu de douleur, dont le siége paraissait être dans les muscles. Les lochies étaient peu abondantes, ainsi que la sécrétion du lait. Le neuvième jour, la malade se plaignit de douleurs plus vives dans tout le côté droit de l'abdomen, s'étendant dans les régions iliaques et inguinales de ce côté. Plus tard une vive douleur se manifesta dans le gras de la jambe, et remontant jusqu'à l'aîne, donnait le sentiment d'une corde tendue et douloureuse, qui suivait le trajet des lymphatiques. La cuisse, la jambe et le pied étaient fortement gonflés, la douleur occupait tout le membre, et devint si violente, que la plus légère pression était insupportable. La peau, unie et tendue, blanche comme du lait, était dessinée de quelques lignes bleuâtres. Les lochies devinrent âcres et fétides, la sécrétion du lait se supprima complétement. Pouls dur et fréquent, beaucoup de chaleur, soif, insomnie; urines rares et colorées en rouge; point de selles; la langue un peu chargée est blanchâtre. La saignée du bras commença le traitement, sans influence appréciable sur la circulation. On ordonna de l'huile de ricin pour débarrasser les intestins, et le membre fut enveloppé dans des compresses imbibées de vinaigre chaud; un grain et demi d'opium amena un peu de sommeil. De la tisane d'orge, un peu de gruau, furent le régime de la malade. L'opium, l'huile de ricin, le vinaigre chaud, furent continués pendant cinq jours, sans aucun avantage. La fièvre, la chaleur, l'engorgement, n'étaient nullement diminués : l'on changea alors le traitement; l'on eut recours à l'eau blanche, à la poudre de Dower; on employa ensuite successivement les purgatifs avec le séné, la magnésie décarbonatée, les frictions avec le liniment volatil, et le régime fut rendu plus nourrissant au fur et à mesure que la santé se rétablit : la guérison ne fut obtenue qu'à la fin du mois.

C'est d'après quelques autres faits, dans lesquels l'auteur de ce mémoire a eu l'occasion de suivre les progrès de l'engorgement, qu'il a reconnu le gonflement des ganglions inguinaux, et qu'il a vu les vaisseaux qui s'y rendent se dessiner sous la peau. C'est aussi dans

leur trajet que les malades rapportent toutes leurs douleurs. D'après les signes évidens du caractère inflammatoire de cette maladie, M. Hoston veut que l'on ait recours à la saignée dès le début; que l'on donne, comme légers purgatifs, quelques sels neutres, et que l'on ait en même temps recours aux remèdes locaux, dont le meilleur, selon lui, est l'application de sangsues sur les ganglions de l'aine et sur le trajet des vaisseaux, lymphatiques. Il annonce que l'on retire des avantages signalés de ce moyen, et cite aussi d'autre remèdes, qui ont été employés et recommandés par beaucoup de praticiens, tels que le vinaigre chaud, le nitrate de potasse, uni à l'émétique, la poudre de Dower, l'opium; mais qui ne lui ont jamais aussi bien réussi que le simple traitement antiphlogistique. (*The north american medical and surgical Journal*, 1829.)

VII. *Résection d'une partie de l'os maxillaire supérieur*, par le docteur J. Syme.

Un homme âgé de cinquante ans entra dans les salles de chirurgie de l'hôpital d'Edimbourg, portant sur la joue gauche une tumeur ostéosarcomateuse, dure et circonscrite, du volume d'un œuf de poule d'Inde. Elle existait depuis huit mois, et augmentait rapidement. Le 15 mai, on entreprit de l'enlever, cette tentative étant le seul moyen qui permît de sauver le malade.

Celui-ci étant placé sur une chaise, M. James Syme fit une incision cruciale, qui s'étendait de l'arcade zygomatique jusqu'à la commissure des lèvres, et de l'angle interne de l'œil à l'angle de la mâchoire. Après avoir soulevé les lambeaux par la dissection, pour mettre la tumeur à découvert, il lia l'artère faciale et les deux branches transversales de la face fournies par la temporale, et commença à couper, avec une scie, l'os malaire, dont il acheva la section au moyen de pinces incisives. Alors, il détacha les parties contenues dans l'orbite du plancher de cette cavité, soit par la dissection, soit en les repoussant avec le manche du scalpel; et, introduisant dans le nez l'une des lames de la pince incisive, tandis qu'il plaçait l'autre dans l'orbite, il s'en servit pour couper l'apophyse nasale de l'os maxillaire supérieur, et successivement la portion de cet os qui forme la voûte palatine, après avoir préalablement fait l'extraction des dents incisives. Jusque là il n'y eut presque pas d'hémorrhagie; mais pour prévenir celle qui pouvait résulter de l'achèvement de l'opération, on jugea convenable de se rendre maître du cours du sang dans l'artère maxillaire interne.

Dans cette intention, on fit une petite incision au-dessous de l'oreille, et on coupa, à travers la glande parotide, assez profondément pour permettre à un aide de comprimer ce vaisseau entre l'extrémité de son doigt et le col du condyle de la mâchoire inférieure; on se hâta d'achever d'isoler et de détacher la tumeur, et on eut la satisfaction de voir que l'artère maxillaire interne était aussi efficacement comprimée que l'artère fémorale quand on y applique le tourniquet. Mais on eut le regret de s'apercevoir que la maladie n'était pas limitée à l'os maxillaire supérieur, et qu'elle s'étendait jusqu'au sphénoïde, à la base du crâne. Les lambeaux de la plaie furent rapprochés et maintenus par un aide; il ne survint aucun accident, et, trois jours après l'opération, le malade se promenait dans le jardin.

M. le docteur Syme n'a pas cru avoir obtenu une guérison radicale, puisque toutes les parties désorganisées n'ont pu être emportées; mais toujours est-il que, dans des cas analogues, c'est-à-dire quand la maladie a fait moins de progrès, on peut espérer d'opérer avec succès, et surtout avec sécurité, en adoptant, comme il l'a fait, le procédé de compression de l'artère maxillaire interne sur le col du condyle de la mâchoire. (*The Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1829.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT ROYAL DE FRANCE.

(Janvier.)

Séance du lundi 4. L'Académie procède à l'élection d'un vice-président. Au premier tour de scrutin, les voix sont ainsi réparties :

MM. Geoffroy-St-Hilaire. . . . 22.
Dumeril. . . . . 14.
Cordier. . . . . 10.

Au deuxième tour, MM. Geoffroy St-Hilaire, 25; Dumeril, 17; Cordier, 7.

Au scrutin de ballotage, MM. Dumeril, 27; Geoffroy-St-Hilaire, 23. En conséquence, M. Dumeril est nommé vice-président, et M. de Mirbel cède le fauteuil de président à M. Girard.

Anus artificiel. M. le professeur Delpech adresse quelques observations sur l'anus artificiel, suivies de la description d'un procédé pour sa guérison. Le véritable état des choses, à la suite d'une hernie étranglée, dans laquelle une anse d'intestin grêle a péri par la gangrène, n'a été bien connu que par les travaux de Scarpa. Depuis, en Amérique et en France, la chirurgie n'a pas tardé à s'enrichir de procédés de la plus haute importance. La faculté de retenir ou de rendre à volonté le detritus des alimens; l'extrémité de l'intestin répondant au pli de l'aine, au lieu du bas de la région coccygienne, dans le fond d'une région toujours concave, dépourvue de tous les instrumens musculaires propres à retenir les matières et à les expulser à volonté et périodiquement; l'écoulement involontaire et presque perpétuel, de manière à rendre toute propreté impossible; l'effusion des matières se faisant trop rapidement par l'effet de l'interruption de l'intestin, dans un point trop rapproché de l'estomac, avant qu'elles aient fait dans l'intestin un séjour suffisant pour être dépouillées par l'absorption de toutes les parties nutritives, constituent

une position dangereuse et horrible ; aussi les forces du malade s'épuisent, et, après avoir atteint le dernier degré de marasme et avoir éprouvé tous les tourmens d'une faim que rien ne peut apaiser, il descend au tombeau. C'est pour remédier à cet effet déplorable, que deux honorables chirurgiens, l'un Américain et l'autre Anglais, tentèrent des procédés, qui, s'ils n'ont point atteint le degré de perfection désirable, n'en ont pas moins rendu un véritable service à l'art de guérir. M. Delpech, après leur avoir payé le tribut d'admiration qui leur est dû, signale les inconvéniens de leurs procédés, rapporte plusieurs observations du plus haut intérêt, et donne la description de l'instrument dont il fait usage dans cette opération. Cet instrument se compose d'une pince en forme de compas, à branches isolées, minces, creuses, en tube, recourbées légèrement, et terminées par deux petites coques creuses d'un pouce de long, qui doivent se toucher par deux arêtes mousses. Les deux branches sont désarticulées et glissées séparément dans un des deux bouts ; chacune est guidée par un gorgeret d'ébène qui a été introduit auparavant, et qui est ensuite retiré. Les branches du *compresseur entérotome* (c'est le nom de l'instrument) sont ensuite assemblées, et leurs coques terminales pressées l'une contre l'autre avec une force médiocre, au moyen de la vis de pression placée en arrière de la jonction des branches. L'action de la coque s'exerce sur la double cloison, à quatre pouces de profondeur et sur une étendue de près d'un pouce. Le malade n'en éprouve que très-peu de douleur ; on remet en place les tentes qu'on introduisait auparavant, afin de conserver la liberté d'explorer l'intérieur, et de surveiller les progrès de l'opération. Le mémoire de M. Delpech offre des faits pratiques du plus haut intérêt, et malheureusement peu susceptibles d'analyse.

Raclage des murailles. MM. Thénard et Chaptal font un rapport sur le procédé de M. Chevallier pour enlever la couche noirâtre qui recouvre les anciens monumens sans recourir au raclage. Ce procédé consiste 1° à nettoyer la pierre avec une brosse imbibée d'eau ; 2° à la laver ensuite avec la même brosse trempée dans une eau contenant un quarantième de son poids d'acide hydrochlorique ; 3° à enlever l'hydrochlorate de chaux formé par son lavage à l'eau. Après ces trois opérations la couche noirâtre a disparu, et la pierre a repris sa tenuité primitive. Les essais faits par l'auteur, en présence des membres de la commission, sur des pierres de diverses duretés, ont confirmé l'exactitude des résultats qu'il avait annoncés. Il reste maintenant à déterminer si les murs nettoyés à l'eau et à l'acide résisteront

aussi long-temps à l'action des temps que ceux qui sont nettoyés par le grattage.

Cuisson du plâtre. MM. Thénard et Beudant font un rapport sur une note de M. Payen, relative à la cuisson du plâtre, par laquelle l'auteur tend à prouver que c'est à la température de 78 à 80 degrés que s'opère la cuisson utile du plâtre. Les rapporteurs, après avoir fait observer qu'il n'est pas démontré que la décomposition du carbonate de chaux soit nécessaire pour obtenir une meilleure qualité de plâtre, ajoutent qu'ils n'adoptent point l'opinion de M. Payen, parce que, à 78 et 80 degrés, l'eau du plâtre ne peut évidemment se dégager qu'autant que la pierre est en poudre et exposée très long-temps à un courant d'air; encore faudrait-il que la couche de plâtre soit très-mince. Les expériences entreprises par la commission lui ont démontré que ce n'est qu'à 118° et même 119° que le plâtre a commencé à blanchir à la surface, et l'eau à se dégager. M. Thénard ajoute que pour les gros morceaux de plâtre il faut que la température soit portée à la chaleur rouge, et même qu'à ce degré il n'est pas décomposé.

M. Gay-Lussac fait observer qu'il ne croit point que la chaux ou le carbonate calcaire influent en rien sur la dureté du plâtre, et qu'il a reconnu que les plâtres les plus durs ou les plus tendres, avant leur cuisson, étaient aussi ceux qui étaient, après leur cuite, les plus durs ou les plus tendres. Il attribue cet effet à un arrangement particulier de molécules.

M. Thénard dit que M. Guyton de Morvaux s'était occupé autrefois de la dureté à donner aux plâtres, et qu'il s'était arrêté aux proportions de 12 pour 100 de chaux qu'il y ajoutait.

M. Bory de St-Vincent prie l'Académie de l'admettre au nombre des candidats pour la place vacante dans la section de botanique par le décès de M. de Lamarck. M. Chevallier fait la même demande.

M. Ad. Brongniart présente des observations sur le développement du charbon dans les graminées, et sur les modifications qu'il détermine dans les parties des plantes qu'il attaque.

M. Jules Guérin adresse à l'Académie l'histoire d'une poule à profil humain, extraite d'un mémoire du professeur Fischer, président de l'Académie de médecine et de chirurgie de Moscou, et publiée dans le journal de *Græfe* et de *Walter*. Il a joint à cette communication une planche qui représente la tête de ce curieux animal sous trois aspects différens : de face, de profil et au moment où elle bâille.

M. Geoffroy St-Hilaire fait observer que ces cas ne sont pas rares

qu'il en a décrits plusieurs de ce genre, et qu'on en trouve d'autres dans divers ouvrages.

M. le docteur Vertel, directeur de l'école secondaire de Besançon, adresse quelques idées sur l'emploi de l'insufflation pulmonaire, comme moyen de secourir les noyés et asphyxiés, qu'il a déjà publiées dans le journal du département du Doubs.

M. le docteur Demangeon adresse un exemplaire de son Anthropogénésie (ou génération de l'homme).

M. le docteur Lugol fait l'envoi de tous ses travaux sur l'emploi de l'iode dans les maladies scrofuleuses, en priant l'Académie de les admettre au concours pour le prix Montyon.

M. le docteur Brachet réclame la même faveur pour son mémoire sur l'asthénie et ses recherches de physiologie expérimentale sur les fonctions du système nerveux ganglionnaire, et sur leur application à la pathologie.

M. Nel fils, coutelier à Avignon, adresse un nouveau lithotriteur courbé, de son invention. Renvoyé à la commission déjà nommée.

Sir Henri présente le dessin d'un instrument à l'aide duquel il lui paraît facile de réduire en fragmens les calculs vésicaux. Commissaires, MM. Dupuytren et Larrey.

M. Isidore Bourdon fait hommage de son ouvrage intitulé : Principes de physiologie médicale. Commissaire, M. Larrey.

M. Arago est élu au scrutin, pour s'adjoindre à la section de géographie pour les opérations nécessaires au remplacement de M. de Rossel.

Séance du lundi 11. M. Geoffroy St-Hilaire réclame contre quelques journaux qui lui ont prêté l'intention de ridiculiser le fait publié par M. Jules Guérin, au sujet de la poule à profil humain. L'honorable académicien ajoute que ce fait, quoique n'étant pas unique, n'en est pas moins intéressant.

M. Leymerie, qui l'année dernière avait présenté à l'Académie des mémoires et des réclamations sur la fièvre jaune, sur les combustions humaines spontanées, etc., dans lesquels il émettait des opinions que personne n'a jamais été tenté de lui disputer, encore moins de partager, revient encore à la charge, et adresse *Une réplique à la commission de Tripoli et de Syrie*, sur laquelle l'Académie gardera probablement le même silence que sur ses autres envois. On trouve dans cet écrit des personnalités contre un des médecins les plus honorables, M. le docteur Bally ; contre M. Bosc, chancelier du consulat

français, qui, dit-il, s'est montré visiblement, par spéculation, l'appui le plus frénétique du système de contagion, et auquel il distribue libéralement ses outrages. Quel est le crime de M. Bosc? celui d'avoir fort mal accueilli M. le docteur Lemeyrie, pour des motifs que nous voulons bien passer sous silence. C'est un trop mauvais système, pour prouver que l'on a raison, que de prodiguer l'injure à ses adversaires. Nous avons lu attentivement son mémoire, et nous avouons ingénument que nous n'avons rien compris à ses théories. Nous ajoutons qu'il prête aux auteurs des opinions qu'ils n'ont jamais émises. Ainsi, dit-il, *Berzélius explique les combustions humaines spontanées par le jeu des électricités opposées.* Nous demanderons à M. Lemeyrie où il a vu cela. Jamais Berzélius n'a écrit un seul mot sur les combustions humaines spontanées, et nous le défions de nous prouver le contraire. Au reste, en prêtant cette opinion au chimiste suédois, il est bien loin de l'admetre: *Je soutiendrai*, ajoute-il, *que le calorique combiné ou latent de notre organisation a brusquement rompu ses chaînes et embrasé les humeurs et les chairs poussées à la phosphorence.*

M. Tournal adresse une description géognostique du bassin inférieur de l'Aude et de la Berre.

M. Herpin écrit à l'Académie que, ayant employé, il y a sept à huit ans, à Metz, le procédé donné par M. Chevallier pour suppléer au grattage des pierres par l'acide hydrochlorique étendu d'eau, les pierres, l'hiver suivant, étaient hygrométriques, et leur surface constamment humide; tandis que l'acide sulfurique lui avait donné des résultats plus satisfaisans.

M. Payen, contre l'avis de MM. Thénard et Chaptal, soutient que la perte de l'eau de cristallisation du plâtre a lieu à 80° et au dessous. L'auteur annonce un mémoire à ce sujet.

M. Chevallier prie l'Académie de l'admettre parmi les candidats pour la place de professeur adjoint à l'école de pharmacie de Paris. Renvoyé à la section de chimie.

M. Girard D. adresse des mémoires et des observations de médecine pratique, avec des observations sur la ligature du cordon ombilical, et des réflexions sur la non existence du virus rabique.

M. le docteur Filhol fait l'envoi d'un instrument qu'il nomme *antlimakyrte*, qui, d'après l'auteur, peut être employé avec avantage dans les maladies des voies urinaires. Commissaire, M. Boyer.

M. Billard transmet une note sur les principaux faits contenus dans

son ouvrage intitulé : *Traité des maladies des enfans nouveau-nés et à la mamelle*, qu'il envoie pour le prix Montyon.

M. d'Urville envoie la carte détaillée de la baie *Shouralhi* (Nouvelle-Zélande).

M. A. Richard adresse un mémoire sur les familles des plantes à placentaires pariétaux. Commissaires, MM. Desfontaines et de Mirbel.

Concours Montyon. M. Cuvier donne lecture de l'arrêté de l'Académie relatif aux prix Montyon, pris le 26 janvier 1829. Le voici :

Art. 1er. Les commissions pour juger les prix seront toujours nommées dans la première quinzaine de janvier.

Art. 2. Il sera fait une liste des pièces présentées pour chaque prix; elle sera envoyée à domicile avant la nomination.

Art. 3. Les prix ne peuvent être partagés que sur un rapport fait à l'Académie par la commission.

Art. 4. Les propositions des sujets de prix seront faites par les commissions qui en seront chargées dans la première quinzaine de mai.

Art. 5. Les commissaires ne pourront être nommés au premier tour de scrutin qu'à la majorité absolue.

Les commissions seront de cinq membres, excepté celle pour les prix de médecine Montyon, qui sera de neuf.

Le membre de chaque commission qui aura réuni le plus de voix en sera le président, et, comme tel, chargé de la convoquer et d'activer les travaux.

D'après l'avis de la section de géographie, l'Académie déclare au scrutin qu'il y a lieu de remplacer M. de Rossel.

M. Poinsot est nommé membre du conseil d'administration, en remplacement de M. de Rossel.

Séance du lundi 18. Le docteur Charpentier adresse un ouvrage sur la nature et le traitement de l'hydrocéphale aiguë. Commissaire, M. Duméril.

M. le docteur Gerdy fait l'envoi : 1° de son Anatomie des formes extérieures du corps humain; 1° de son Traité des bandages. Il prie l'Académie de les admettre au concours pour les prix Montyon. Renvoyé à la future commission.

M. le docteur Regnier fait hommage de son ouvrage sur la pustule maligne. Commissaire, M. Boyer.

M. le docteur Parent du Châtelet prie l'Académie d'admettre au concours Montyon les cinq ouvrages suivans : 1° Rapport sur le curage des égouts Amelot et de la Roquette, etc.; 2° Sur l'influence

que le tabac peut avoir sur la santé des ouvriers; 3° Recherches pour découvrir la cause d'accidens très-graves développés à bord d'un vaisseau chargé de poudrette ; 4° Mémoire sur un moyen mécanique propre à respirer impunément les gaz délétères; 5° Considération sur la rivière de Bièvre. Renvoyé à la commission.

M. Julia de Fontenelle adresse un mémoire sur la conservation des grains et le perfectionnement des silos. Commissaires, MM. Silvestre et Coquebert de Montbret.

M. Despretz écrit à l'Académie au sujet de quelques faits nouveaux qu'il a reconnus. On sait que le fer décompose l'eau avec dégagement d'hydrogène, et que le gaz enlève totalement l'oxigène aux oxides. M. Gay-Lussac a démontré que la décomposition et la recomposition de l'eau ont lieu à une même température. Il résulte des expériences de M. Despretz que le zinc, le cobalt, le nickel se comportent absolument comme le fer. Il croyait que c'était une propriété commune à tous les ferroïdes (métaux analogues au fer) ; mais l'étain en jouit, et le manganèse ne la possède pas. L'oxide de ce dernier métal, tenu à la température d'une bonne forge et exposé à un courant de gaz hydrogène, n'est pas réduit, et laisse un oxide fondu d'un très-beau vert. Le gaz acide carbonique présente le même phénomène que l'eau, c'est-à-dire qu'il est ramené à l'état d'oxide de carbone par le fer, le zinc et l'étain, et que le dernier gaz réduit les oxides de ces trois métaux. Le gaz oxide de carbone avait été préparé avec un mélange d'oxalate de potasse et d'acide sulfurique bouilli, et dépouillé, par une solution alcaline, des acides qu'il aurait pu entraîner.

Acide acétique cristallisé. — On fait un secret du procédé à l'aide duquel on prépare l'acide acétique cristallisable ; M. Despretz en a obtenu de très-beau, en chauffant un mélange d'acétate de plomb fondu et desséché et d'acide sulfurique concentré. Commissaires, MM. Gay-Lussac et Dulong.

M. Chevallier écrit à l'Académie : 1° que le nettoyage des pierres par l'acide hydrochlorique n'a point les inconvéniens signalés par M. Herpin ; 2° qu'il engage celui-ci à vérifier les murs qu'il a nettoyés devant la commission ; 3° que l'emploi de l'acide sulfurique forme un véritable plâtre qui recouvre la pierre, et lui donne une couleur blanche plâtrée avec l'apparence de constructions en plâtre.

M. Chevallier ajoute que de nouveaux dessins qu'il a faits lui ont démontré que l'acide sulfurique étendu peut être employé avec avantage pour redonner une teinte blanche aux plâtres noircis par

le temps. Dans plusieurs cas, ce chimiste s'est convaincu que l'eau seule suffit pour le nettoyage des murs.

M. Grenier présente un mémoire sur un nouvel aérostat au moyen duquel on pourra s'élever dans l'air, et y suivre une route donnée, à l'imitation des oiseaux. Commissaire, M. Savart.

M. Delettre-Gras adresse un mémoire sur un nouveau procédé pour carboniser la tourbe sans aucun frais de combustible, sans perte de chaleur et en quelques heures. Commissaires, MM. Brongniard et Berthier.

M. Latreille fait un rapport très-favorable sur un mémoire de M. Guérin, ayant pour objet l'organisation extérieure de phylossomes, genre de crustacées, et sa monographie. Ce mémoire sera imprimé dans le Recueil des savans étrangers.

MM. Desfontaines et Mirbel font un rapport favorable sur le mémoire de M. A. Brongniard sur le développement du charbon dans les graminées.

Présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques. M. Dumas présente un mémoire sur la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus, et dans les ganglions prélombaires à la suite de l'accouchement. Au moment où la question de savoir si les vaisseaux lymphatiques communiquent directement avec les veines et les artères, l'auteur a cru qu'il ne serait pas sans intérêt d'offrir à l'Académie quelques observations sur la présence du pus dans les vaisseaux et les ganglions lymphatiques. Les faits qui font le sujet de ce volumineux mémoire ont été recueillis à la Maternité, sous les yeux de MM. Chaussier, Deneux et Désormeaux. L'auteur présente dans le plus grand détail onze observations sur ce sujet. Les faits que la science possède sur ce point viennent à l'appui de ceux que le docteur Dumas a retracés : ainsi, dans son Histoire anatomique des inflammations, M. Gendrin rapporte qu'on trouve quelquefois du pus au centre des ganglions lymphatiques, que le tissu cellulaire qui les entoure présente lui-même du pus soit infiltré, soit réuni en foyer ; mais qu'il n'en a jamais trouvé dans les vaisseaux lymphatiques efférens. Dans le plus grand nombre de cas les veines étaient saines ; cependant quelquefois elles étaient rouges, leurs parois épaissies et leur cavité remplie d'une matière comme pulpeuse. M. le professeur Cruveilhier a conservé les détails d'un fait qui coïncide parfaitement avec ceux que l'auteur a consignés dans ce mémoire. Il s'agit d'une femme qui, en 1810, était à l'Hôtel-Dieu, à la suite d'un abcès énorme à la partie supérieure de la cuisse, et à l'ouverture

de laquelle M. Dupuytren rencontra le tissu cellulaire sous-cutané, qui environnait l'abcès, parcouru par des lignes blanchâtres dont quelques-unes étaient grosses comme des plumes de corbeau. C'était des vaisseaux lymphatiques remplis de matière puriforme. Les glandes de l'aine, auxquelles ces vaisseaux allaient se joindre, étaient injectées de la même matière, ainsi que les lymphatiques, jusqu'aux glandes lombaires. Mais ni les glandes ni le canal thoracique n'en présentaient aucune trace.

La présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus est presque toujours accompagnée d'une infiltration purulente dans le replis des ligamens larges, dans les veines et dans le tissu même de cet organe. Ces deux altérations se correspondent en général dans le côté où elles se développent, mais cette coïncidence est sujette à quelques variétés. Ainsi, comme l'a observé M. Danyan (thèse du 28 août 1829), il n'est pas très-rare de voir que les vaisseaux lymphatiques d'un côté contiennent du pus, quoiqu'on n'en trouve d'épanché ou d'infiltré que du côté opposé. Cette circonstance pourrait quelquefois laisser du doute sur la véritable origine de ce fluide, si l'on n'était guidé dans ses recherches par une remarque qu'il est important de noter. Quoique les vaisseaux lymphatiques prennent en général, pendant la grossesse, un volume et un développement plus grands qu'à l'ordinaire, il en est quelques-uns dont le diamètre reste trop étroit pour que la couleur du liquide qu'ils contiennent soit distincte à travers leurs parois. Aussi quand on les incise on ne distingue dans leur cavité qu'une sérosité blanchâtre ou à peine jaunâtre.

Il en est d'autres, au contraire, qui, dans une partie de leur étendue, et quelquefois même à une distance assez grande du siége des foyers remplis de pus, se distendent et se dilatent suffisamment pour admettre des globules purulens en assez grande quantité pour que leur couleur jaunâtre soit très-prononcée à travers leurs parois. Ainsi dans la continuité d'un même vaisseau on trouve parfois ici une simple sérosité plus ou moins jaunâtre, et ici un fluide entièrement analogue au pus par sa consistance. En examinant superficiellement ces parties, on pourrait être quelquefois tenté de croire que, dans ce dernier cas, la cavité du vaisseau a sécrété elle-même le fluide purulent; tandis que, en suivant avec soin sa direction, on le voit se rapprocher plus ou moins d'un foyer rempli de pus.

Il suffit de rappeler cette circonstance pour faire voir que souvent alors ce fluide a été seulement absorbé, mais que la couleur de ses

globules n'est visible que dans les parties des vaisseaux qui sont les plus dilatées. Une fois cependant, l'auteur a rencontré sur la surface interne de l'utérus un vaisseau lymphatique rempli de pus, quoique le tissu environnant fût ramolli et uniquement infiltré par une sérosité sanguinolente. Excepté dans ce cas, où l'on devait naturellement conclure que le pus était le produit de l'inflammation de la cavité des vaisseaux, dans tous ceux que l'auteur a observés, la présence de ce fluide parraissait due à son absorption. La fréquence de ces altérations a paru à M. Dumas plus grande du côté droit que du côté gauche; mais cette fréquence coïncide avec la quantité de pus, en général plus abondante dans le ligament du côté droit que dans celui du côté opposé; les inductions physiologiques qui découlent de la simple observation de ces faits ont porté l'auteur à admettre : 1° que la cavité des vaisseaux lymphatiques peut être quelquefois remplie par une sérosité purulente, sans qu'on en retrouve la moindre trace dans aucune partie environnante, ce qui porte à croire qu'une inflammation de la surface interne du vaisseau a donné naissance à ce produit étranger; 2° que le pus ou des fluides très-différens de la lymphe, et conservant des qualités plus ou moins nuisibles, peuvent être facilement absorbés par les vaisseaux lymphatiques, mais que les ganglions qu'ils traversent, et dans lesquels ils stagnent plus ou moins de temps, ont la propriété de leur faire subir une élaboration particulière, d'opérer une combinaison plus intime de leurs divers élémens, et de les dépouiller de leurs parties les plus consistantes et les plus hétérogènes.

Commission pour le grand prix de mathématiques pour 1830. — L'Académie nomme au scrutin secret : MM. Lacroix, Poisson, Legendre, Poinçot. Le cinquième membre sera élu à la prochaine séance.

Comité secret. — La section de géographie et de navigation, à laquelle est adjoint M. Arago, présente pour la place vacante dans son sein, par le décès de M. de Rossel :

1° Navigateurs : MM. Roussin, Hell, Duperrey, Dumont-Durville;

2° Géographes : MM. Daussy, Bonne et Coraboeuf sur la même ligne.

Séance du lundi 25. M. Noël, dans une lettre adressée à l'Académie, annonce que M. Perkins indique, comme l'une des causes principales des accidens qui arrivent aux machines à feu, l'échauffement au rouge d'une partie quelconque de la machine à vapeur et la viscosité du liquide qu'elle contient, et qui empêche, dans certaines circonstances,

la vapeur de se dégager. Pour parer à cet inconvénient, il propose d'établir un agitateur dans l'intérieur de la chaudière, lequel serait mis en mouvement par la machine elle-même, romprait la viscosité du liquide, aspergerait sans cesse toutes les parois de la chaudière, et empêcherait ainsi qu'aucune partie de l'appareil s'échauffât plus que celles qui sont couvertes par le liquide. Commissaire, M. Arago.

Mouvement circulatoire des liquides contenus dans un tube. — M. Dutrochet, qui, dans la précédente séance, avait annoncé la découverte qu'il avait faite touchant l'influence qu'exerce la lumière sur le mouvement circulatoire qui a lieu dans le liquide contenu dans un tube fermé, ajoute de nouveaux faits à cette communication. La différence de température, dit-il, qui existe entre les deux faces opposées du tube, est la seule *cause efficiente* du mouvement circulatoire; 1/600 de degré de différence de température suffit pour cela, mais avec l'aide de l'influence de la lumière; car, dans l'absence de cet agent, le mouvement circulatoire s'arrête. Quand il est ainsi arrêté, si l'on frappe de petits coups sur la table qui porte le tube, de manière à produire un simple ébranlement du liquide, son mouvement circulatoire recommence. L'absence de la commotion moléculaire et de la lumière amène le repos du liquide. Alors le son d'une basse ou d'une petite cloche est suffisant pour le faire recommencer; ces dernières expériences ne réussissent pas toujours. Ces divers essais prouvent que l'ébranlement des molécules du liquide les dispose à se mouvoir en circulant sous l'influence d'une très-légère inégalité de température qui, sans cet ébranlement préalable, est incapable d'opérer ce mouvement circulatoire. Elles prouvent par conséquent que l'action de la lumière ébranle les molécules du liquide, ou détruit leur *force d'inertie;* et dès lors l'inégalité la plus légère de température le met en mouvement. Ainsi l'inégalité de température est la seule *cause efficiente* de la circulation qui a lieu dans le liquide du tube; les causes qui *ébranlent* les molécules de ce liquide sont simplement des *causes d'opportunité* pour l'action de la *cause efficiente.*

M. Delille, professeur de botanique à la faculté de médecine de Montpellier, écrit à l'Académie que, cherchant l'occasion de fixer sa résidence à Paris, il sollicite l'honneur d'être admis au nombre des candidats pour la place vacante dans la section de botanique, par le décès de M. de Lamarck.

M. Bussy adresse un mémoire sur le radical métallique de la magnésie. Commissaires, MM. Thénard et Gay-Lussac.

M. Lecannu écrit à l'Académie pour solliciter l'honneur d'être porté

sur la liste des candidats à la place de professeur-adjoint à l'école spéciale de pharmacie de Paris.

M. Auguste Saint-Hilaire demande à être admis au nombre des candidats pour la place vacante dans la section de botanique.

MM. Duperrey et Bonne écrivent à l'Académie qu'ils se retirent de la candidature pour la place vacante par le décès de M. de Rossel.

L'Académie reçoit deux lettres du Ministre de l'Intérieur: la première confirme l'élection de M. Sérullas, qui est invité par M. le président à prendre place; par la seconde il prie l'Académie de désigner un candidat, pris dans son sein, pour la chaire vacante au muséum d'histoire naturelle, des animaux sans vertèbres. Renvoyé à la section de zoologie.

M. Cambassède adresse quelques observations sur l'organisation florale des plantes de la famille des capparidées. Commissaires, MM. Desfontaines et Mirbel.

M. Jaume Saint-Hilaire présente un mémoire sur la nature des terres qui, sans culture et sans engrais, sont plus ou moins favorables à la nourriture et à la croissance des végétaux. La partie chimique de ce travail est due à M. Vauquelin. Commissaires, MM. Thénard et Sylvestre.

M. Bennati adresse un mémoire sur le mécanisme de la voix humaine dans le chant. Commissaires, MM. Cuvier, Duméril, Prony et Savart.

M. de Menin adresse un mémoire destiné au concours Montyon sur l'emploi de quelques substances médicamenteuses, parmi lesquelles on voit figurer le sel marin (chlorure de sodium) comme une sorte de panacée. Renvoyé à la commission.

M. Dupuytren fait un rapport verbal sur deux opuscules du professeur Constantio-Andredi, contenant le relevé et le résultat des opérations chirurgicales pratiquées par lui dans le grand hôpital de Sainte-Marie-la-Neuve, à Florence. D'après ses conclusions, des remercîmens seront adressés à l'auteur.

M. Payet de Courteille demande que ses travaux sur la bière, etc. soient admis au concours Montyon pour les arts insalubres.

M. Fourier est élu pour compléter la commission pour le prix de mathématiques.

M. Cauchy lit un mémoire sur la détermination des racines primitives dans la théorie des nombres.

M. Becquerel lit un mémoire sur de nouveaux effets *électro-chimiques* propres à produire des combinaisons, et leur application à la cristallisation du soufre et de plusieurs autres substances.

Commission pour le prix des sciences naturelles. — MM. Cuvier, de Blainville, Geoffroy Saint-Hilaire, Duméril et Flourens sont élus.

M. Collard de Martigny demande à être admis au concours Montyon pour les deux mémoires suivans:

Exhalation gazeuse de la peau. 1° Recherches expérimentales sur l'exhalation gazeuse de la peau.

Cette exhalation gazeuse est constamment en rapport inverse avec l'absorption cutanée, et est généralement peu abondante après le repas, un exercice violent par un temps froid, pendant une forte transpiration ou la sueur. Elle paraît souvent, mais faible, quelques heures après le manger, après des frictions sèches prolongées, un repas par un temps chaud. Elle est presque constante et assez énergique le matin et après douze à quinze heures d'abstinence. La proportion des deux gaz qui composent l'air sécrété, varie beaucoup aussi; quelquefois il est presque entièrement formé d'azote. M. Barruel dit n'y avoir trouvé que ce dernier gaz; il est des cas, dit l'auteur, où la prodominence de l'acide carbonique est telle qu'il semble être le seul produit de l'exhalation cutanée, comme l'ont cru Milly, Cruiskank, Jurine, Albernetty.

M. Collard de Martigny dit s'être convaincu que cette exhalation est subordonnée à la nature des alimens ingérés. Ainsi d'une nourriture animale et abondante résulte une forte proportion d'azote, tandis que par suite de la diète ou par l'usage prolongé des vanilles blanches, et surtout des végétaux, l'acide carbonique prédomine. Voici maintenant les divers résultats obtenus par l'auteur.

1° *Gaz sécrété par la peau.*

1° Quinze heures après le repas fait avec bœuf, gigot, lièvre et canard.	azote.	12
	acide carbouique. .	05,5
2° 17 heures après — chevreuil, bœuf, cochon et beignets de pommes.	azote.	17,9
	acide carbonique. .	16
3° 14 heures après — bœuf, mouton et veau.	azote.	9,6
	acide carbonique. .	0,9
4° 15 heures après — bœuf, gigot, dindon et haricots.	acide.	18
	acide carbonique. .	7

2° *Après trois semaines continues de diète blanche.*

1° 15 heures après — grenouilles, poisson, riz au lait.	azote.	11,17
	acide carbonique. .	10
2° 17 heures après — poisson, semoule, carottes, épinards.	azote.	7,9
	acide carbonique. .	11,7

3° 15 heures après — oseille, œufs frais, poulets, pommes de terre.	azote.	13,9
	acide carbonique. .	19,4

3° *Après six semaines du même régime.*

1° 15 heures après — asperges, haricots verts, oseille, œufs frais.	azote.	2,5
	acide carbonique. .	7
2° 16 heures après — marée, artichauts, épinards, pois.	azote.	8,9
	acide carbonique. .	9,7

Le second mémoire a pour titre : Recherches expérimentales et critiques sur l'absorption et l'exhalation respiratoire. L'auteur conclut de ses recherches :

1° Qu'il y a à la fois dans le poumon *absorption* d'oxigène et *excrétion* d'acide carbonique, d'azote et de sérosité ; *imbibition* d'oxigène et d'azote, et *exhalation* d'azote et d'acide carbonique.

2° Les deux premiers de ces actes constituent les fonctions de la *respiration ;* les deux autres sont communs à toutes les surfaces organiques.

3° L'oxigène absorbé dans le poumon s'y combine aussitôt avec le sang, et ne circule point en nature.

4° L'acide carbonique expiré est un produit de la *décomposition assimilatrice,* secrété dans les capillaires, et excrété par le poumon.

5° L'azote expiré paraît être une *secrétion* du sang lui-même effectuée instantanément dans le poumon.

6° La sérosité perspiratoire est déposée à la surface du poumon par l'*exhalation organique,* et dissipée par l'évaporation.

7° Le théorie de Lavoisier sur la respiration est une hypothèse gratuite.

8° Cette fonction doit être considérée comme une série complète d'actes de l'*assimilation générale.*

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Janvier.)

Séance du 5. M. le président annonce que le conseil a été reçu par le Roi à l'occasion du nouvel an.

Au moment de reprendre la discussion relative à l'inauguration des bustes, M. le président annonce à l'assemblée que le conseil d'administration est d'avis d'ajourner ce sujet jusqu'après le rapport de la

commission chargée de modifier les règlemens d'après les nouvelles ordonnances. Puisse cet ajournement se prolonger sans fin! c'est peut-être le seul moyen de sortir d'une discussion qui ne peut avoir qu'un mauvais résultat.

Eaux minérales. — Rapport, au nom de la commission des Eaux minérales, par M. Itard. — On se rappelle que l'année dernière la commission des eaux minérales proposa un plan de recherches auquel les médecins inspecteurs de cet établissement devaient être invités à se conformer. La saison était un peu avancée, et l'on ne se pressa pas d'en faire l'envoi au ministre. Dans ce délai, la nouvelle commission a repris le même sujet, a revu le travail de l'ancienne, et croyant, après un mûr examen, qu'il est susceptible de quelques améliorations, elle vient en faire part à l'Académie.

Le travail de l'année dernière, dit M. le rapporteur, était divisé en deux parties : l'une consistait en une exposition abrégée du nouveau plan proposé pour l'étude des eaux minérales, l'autre en un cadre composé de deux tableaux synoptiques disposés pour recevoir et communiquer annuellement à l'Académie le résultat de ces nouvelles recherches.

Le plan d'étude était partagé en cinq grandes branches d'investigations. La première prescrivait un nouvel examen des propriétés générales et de la composition chimique de toutes les eaux minérales, et de leurs différentes sources. Un manuel d'analyse a été tracé pour faciliter cet examen. La deuxième comprenait l'examen des causes susceptibles de modifier l'action des eaux minérales, et celle-ci embrassait la constitution atmosphérique et la constitution médicale qui avaient régné avant, pendant et après la saison des eaux ; la troisième avait pour objet la topographie médicale du pays, faite dans le double but de signaler l'influence du sol ou les propriétés de l'eau minérale, et de faire connaître le degré de salubrité du pays; la quatrième se composait d'expériences à faire avec les eaux minérales sur les animaux tant sains que malades; la cinquième enfin, et certainement la plus importante, concernait les propriétés de ces mêmes eaux, soigneusement observées sur l'homme dans l'état de santé et de maladie, et constatées par de nombreuses observations, dans lesquelles on aurait à tenir compte des différences d'âge, de sexe, de tempérament, de profession, de race même, et enfin du degré de santé ou de maladie.

Ce plan de recherches laissait peu de choses à désirer, dit M. Itard, et pouvait suffire aux besoins de la science. Il n'en était pas de même du cadre destiné à l'insertion des nombreux documens qui en seraient

résultés; non-seulement il n'aurait pas suffi, mais il aurait été entaché du défaut capital de présenter ces résultats en masse, et sous forme d'addition. Or, comme ces sortes de relevés, peu applicables d'ailleurs à l'énumération des maladies chroniques, excluent nécessairement toute distinction entre les faits, il en serait résulté que les maladies et les guérisons n'eussent figuré qu'en chiffres et comme identiques, dans tous les cas. A la rigueur on eût pu encore, en se conformant davantage aux instructions du plan, reproduire quelques observations individuelles, mais réduites à un petit nombre et dans la proportion d'une seulement pour chaque espèce de maladies; mais resserrées dans une colonne de quelques pouces, qui ne permettait ni détails ni développemens; mais probablement choisies dans la catégorie des traitemens heureux. Ce peu d'observations médicales s'y fussent trouvées, par ce triple inconvénient, dépourvues de toute valeur.

Or, dans l'incertitude où nous sommes encore sur les qualités respectives des eaux, sur leurs variations accidentelles, et particulièrement sur le mode et la durée des guérisons qu'elles opèrent, des résumés de faits sans détermination spéciale ni détails, quelque exacts qu'on les suppose, ne leveraient aucun doute, ne feraient luire aucune vérité sur cette partie stationnaire de la science.

Si nous voulons méthodiquement l'approfondir, dit M. le rapporteur, il faut de toute nécessité suivre la marche qu'une saine philosophie nous a depuis long-temps indiquée comme la seule qui mène à la vérité, surtout en médecine pratique. On n'atteint pas ce but en s'entourant de tableaux synoptiques, d'aperçus généraux, mais en consultant, si on ne peut les faire soi-même, de grandes collections de faits individuels.

Après ces sages réflexions, M. Itard, entrant dans une application de la méthode contraire, cherche à en faire ressortir les inconvéniens. Je suppose, dit-il, que j'aie à consulter le tableau des eaux de Baréges pour donner une idée de leur efficacité contre les dartres. Je trouve dans ce tableau le nombre total des dartreux, hommes et femmes, qui se sont présentés dans l'établissement; le nombre de ceux qui ont été guéris, de ceux qui ont été soulagés, et de ceux qui sont restés dans le même état. Mais à quelle espèce appartenaient ces dartres? quels remèdes, quelles eaux avaient été ou n'avaient pas été administrés jusqu'alors? quel était l'âge, la profession, le séjour habituel de ces divers dartreux? quelle a été la durée de leur guérison et de leur soulagement? c'est ce que le tableau ne

peut dire, et pourtant c'est ce qu'il importe de savoir, pour se faire une idée exacte des guérisons ou des soulagemens obtenus.

A toutes ces omissions, il faut en ajouter une qui est plus grave encore : le défaut de renseignemens sur la persistance de la guérison. Or, on le sait, mille circonstances concourent à améliorer la situation du malade qui va chercher et espère retrouver la santé dans l'usage des eaux minérales. Ce n'est pas tout encore : il paraîtrait, d'après les observations de quelques médecins, que l'action des eaux minérales serait de nature à se prolonger de plusieurs semaines, et même de quelques mois, au-delà du temps de leur administration ; il arriverait même, dans d'autres cas, qu'elle ne se manifesterait d'une manière sensible qu'après cet intervalle de temps. Il résulterait de là que les guérisons qu'on n'aurait pas su obtenir, ou qu'incomplètement obtenues dans l'établissement thermal, s'effectueraient ou se compléteraient quelque temps après, par l'action lente et prolongée des eaux précédemment employées. Ce phénomène de thérapeutique aurait besoin d'être soigneusement étudié, et les tableaux, tels qu'on les avait conçus, n'auraient pu recevoir aucune observation qui s'y rapportât, ni présenter par la même raison une conclusion juste du nombre total des maladies guéries, soulagées ou exaspérées par l'administration des eaux.

Qu'on ne croie pas cependant que le défaut du premier plan, signalé par M. le rapporteur, doive être remplacé par le défaut contraire ; c'est-à-dire qu'au lieu de généralités chiffrées, il faille procéder à l'étude des eaux minérales par des faits individuels dans tous leurs détails. Un exposé analytique de chaque observation, et tel qu'on a l'habitude à présent d'en placer à la tête des histoires particulières de maladies, suffira, et exigera de la part du médecin-inspecteur moins de temps et de peine que n'en eût demandé la confection des deux tableaux synoptiques généraux. Car, pour les composer, ces tableaux, et s'en acquitter avec confiance, les médecins eussent été obligés de recueillir, d'assembler et d'évaluer des matériaux qu'il leur suffira d'envoyer tout bruts à l'Académie. Ce que la commission demande, en un mot, ce n'est qu'une copie du registre qu'ils doivent tenir de leurs soins et de leurs observations. Il ne faut dans ce registre, s'il est convenablement divisé, qu'une ligne pour chaque malade, laquelle indiquera tout ce qu'il est important de connaître : son nom ou les initiales, son âge, sa profession, le pays qu'il habite, la nature de sa maladie, les moyens déjà employés, les eaux qui lui ont été administrées dans l'établissement, les effets immédiats du traitement et

ses effets subséquens; savoir, si la guérison s'est ou ne s'est pas maintenue. Il ne faut pas s'exagérer la difficulté qu'il peut y avoir à mettre cette dernière condition à exécution. Une lettre écrite par le malade, neuf ou dix mois après son départ des eaux, suffira pour donner toutes les lumières nécessaires à ce sujet; d'ailleurs, les malades soulagés reviennent presque toujours l'année suivante dans l'espoir de compléter leur guérison, et, si elle est effectivement complète, des relations d'amis, de connaissances suffiraient pour suppléer au silence qu'ils garderaient. Aucun de ces moyens de communication ne pût-il suffire, que les cahiers arrivés à la commission, par des notes exactes, rempliraient encore ce but. C'est là qu'on verrait souvent les mêmes malades promener à différentes eaux des affections rebelles, et qu'on pourrait s'éclairer sur l'impuissance des unes contre certaines maladies, et de l'efficacité comparative des autres dans quelques cas de guérison, ce qui ne serait point un des moindres avantages des cahiers d'observation; peut-être conviendrait-il alors d'accorder aux médecins inspecteurs une année entière pour envoyer leur collection d'observations. Dans ce cas, si l'académie applaudissait aux vues nouvelles de la commission, elle aurait à en faire la proposition au ministre.

En résumé, le compte rendu des observations annuelles demandé à MM. les médecins-inspecteurs différerait de celui qu'on avait adopté, par la forme, par le fonds et par le temps, et, au lieu de deux tableaux synoptiques, on aurait un cahier composé de plus ou moins de feuilles, selon le plus ou moins d'importance de l'établissement; mais dont le nombre, d'après le calcul approximatif qui en a été fait, ne s'éleverait jamais au-dessus de quinze. On aurait ainsi une série de documens individuels, renfermés, pour chaque malade, en une seule ligne, qui, à la vérité, s'étendrait du verso au recto de chaque cahier. Nous voudrions pouvoir reproduire le tableau modèle que M. Itard avait composé dans ce but. Il offre un cadre ingénieux, applicable également à toute espèce de recherches statistiques médicales du même genre.

Ce cadre contient treize colonnes d'une largeur proportionnée à l'importance des notes qu'elles sont destinées à recevoir. Ces notes, nous les avons mentionnées plus haut.

A ces collections de faits particuliers, M. Itard propose d'ajouter les autres parties indiquées dans les tableaux synoptiques du premier plan. Les deux dernières pages du même cahier seront divisées en cinq colonnes, qui comprendront, 1° la description de la constitution atmosphérique qui a régné avant, pendant et après la saison des eaux;

2° la constitution médicale du pays dans le même temps; 3° les effets produits par les eaux, expérimentées sur l'homme sain et sur les animaux, dans l'état de santé ou de maladie; 4° les changemens accidentels survenus dans la quantité et la propriété des eaux; 5° l'évaluation de l'argent reçu par la ferme des eaux, ou laissé dans le pays. Quant à l'analyse des eaux minérales, à la topographie et à la statistique des lieux où elles sourdent, il n'a point paru à la commission que ces objets de recherches, susceptibles de beaucoup de détails, et qui ne sont pas de nature à se reproduire tous les ans, dussent avoir une place marquée dans les tableaux annuels. On pourra en faire l'objet d'une demande spéciale pour les établissemens qui en montreront le besoin.

Telles sont les modifications imprimées par la nouvelle commission au plan primitivement adopté par l'académie. Si ces modifications n'étaient assez importantes pour motiver le remaniement du premier travail, la commission ferait valoir surtout l'omission d'une classe entière d'eaux minérales, qui, faute d'avoir été désignées par cette dénomination qui leur serait justement applicable, sont restées jusqu'à ce jour étrangères aux attributions de la commission. M. le rapporteur veut parler des bains de mer. Dans ce but, il propose de réclamer des médecins-inspecteurs attachés aux établissemens de mer, un tribut de leurs observations pareil à celui qui doit être imposé au zèle et aux lumières des médecins des établissemens thermaux. Il motive suffisamment cette innovation par l'efficacité reconnue des bains de mer dans le traitement de plusieurs maladies, des scrophules par exemple, et par l'importance que tous les praticiens ont donnée depuis quelques années à leur emploi, et enfin par les observations et les travaux que l'on doit déjà aux médecins attachés aux thermes maritimes.

D'après ces considérations, il conviendrait peut-être, dit M. Itard, de demander au ministre de nommer, pour chacun de ces établissemens, un médecin-inspecteur; car jusqu'ici il n'en existe encore que deux : M. Mourgué, à Dieppe, et M. Robert, à Marseille. Le bien opéré par ces deux médecins doit faire désirer que d'autres médecins soient nommés à tous les thermes maritimes de France.

Ainsi, des observations individuelles en grand nombre, des observations générales, enfin des observations fournies par les médecins des bains de mer, telles seraient les trois grandes divisions des documens que la commission recevrait et aurait à examiner chaque année.

M. Laudibert fait observer qu'il serait utile de renouveler l'analyse

des eaux de mer à différentes latitudes. On a déjà constaté, en effet, que dans telle partie elles contiennent des sels calcaires, et dans telle autre des sels magnésiens.

M. Delens dit que le rapport de l'année dernière était très-étendu, et que celui qu'on vient d'entendre est la destruction complète de ce qui avait été fait d'abord. Si l'on agit chaque fois d'après le même principe, les recherches antérieures deviendront donc inutiles.

M. Itard répond qu'on n'a pas dénaturé ce qui existait, qu'on n'a fait qu'ajouter aux colonnes d'observations individuelles en donnant moins d'importance à la statistique du pays et au manuel d'analyse.

M. Coutanceau appuyant la réponse de M. Itard, ajoute que la différence la plus importante qu'il y ait entre le travail de l'année dernière et celui de cette année consiste en ce que l'un demandait des résultats généraux, et l'autre des observations particulières; rappelant le principe de la méthode que M. Itard avait invoquée dans le cours de son rapport, il cherche à démontrer tout l'avantage qu'elle a sur la méthode opposée, la méthode à priori. D'une part, dit-il, on est conduit par degrés à des conclusions qui naissent naturellement des faits, et qui sont les mêmes pour tous; de l'autre, on est forcé d'admettre la conclusion de l'auteur sans savoir sur quels fondemens elle repose.

M. Lucas ne pense pas qu'il soit possible d'obtenir des renseignemens positifs sur les malades qui viennent ou sont venus se faire traiter aux eaux. Au sortir de ces établissemens, ils rentrent sous la direction de nouveaux médecins; ils subissent la plupart du temps des traitemens tout-à-fait différens, de manière qu'il serait difficile, peut-être même impossible, de faire la part exacte de l'action secondaire des eaux minérales d'avec celle des influences qui s'y joignent. A cette occasion, l'honorable membre cite l'histoire d'un Anglais qui était allé se faire traiter d'un engorgement du foie aux eaux de Vichy. Les premiers effets de la médication thermale furent avantageux. A la fin de la saison il retourna en Angleterre, où, au lieu de suivre progressivement le premier système de médication employé, il fut soumis à des purgations violentes, et revint mourir peu de temps après dans la capitale.

Pour abréger une discussion qui paraissait devoir se prolonger encore, M. Adelon propose de réunir les membres de la première et de la seconde commission; ils seront chargés de revoir ensemble et de fonder en un seul plan le travail de l'année dernière et celui

qui vient d'être communiqué à l'Académie. Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

Quelques remarques sur les fonctions du cervelet, par M. Caffort, médecin de l'Hôtel-Dieu de Narbonne. — *Rapports* de MM. Louyer-Villermay et Bouillaud. — Ce mémoire se compose de six observations, dont trois ont été imprimées dans un journal, la quatrième communiquée à l'Académie par M. Thion, les deux autres appartiennent à M. Caffort. Dans l'une d'elles, il s'agit d'un jeune tisserand, âgé d'environ vingt-cinq ans, scrophuleux, à ce qu'il paraît, puisqu'il portait une carie au poignet, saisi tout à coup d'un délire érotique. Il était dans une érection continuelle, et se serait précipité sur chaque sœur de l'hôpital, si on ne l'eût retenu. On calma cet état avec des saignées et des tempérans; mais ce jeune homme tomba dans la nostalgie, et mourut au bout de trois mois. *Nécropsie.* Au dessous du crâne, au niveau de l'angle supérieur de l'occipital, exudation albumineuse très-étendue; arachnoïde légèrement lactescente en plusieurs points, adhérent au cerveau vers la partie moyenne du sinus longitudinal supérieur. Cerveau sain; arachnoïde cérébrale fortement injectée; substance grise ramollie, presque diffluente; substance blanche un peu rouge. — Cette observation paraît favorable au système de Gall, qui place, comme on sait, dans le cervelet, le siége de l'amour physique. Quel est le système qui n'a pas quelques faits pour lui? Mais en voici un qui semble détruire les inductions qu'on pouvait tirer du premier. Un homme de cinquante ans meurt à la suite de plusieurs attaques d'apoplexie. A l'inspection du corps, on trouva un épanchement considérable dans la substance grise du cervelet, et cependant les fonctions génitales ne s'en étaient pas ressenties. M. Caffort ne croit pas davantage que le cervelet soit l'organe qui préside à la station, à la progression, ou à l'exercice de la sensibilité, comme on l'a dit dans les derniers temps.

Mort subite causée par un anévrisme du cœur, méconnu pendant la vie et compliqué d'une entéro-céphalite chronique, par M. Broqua, médecin à Plaisance. — *Rapport* de M. Bouillaud. — Un cultivateur, âgé de soixante-huit ans, commença en août 1808, à éprouver des maux de tête et des douleurs d'entrailles. On soupçonna une entéro-céphalite; on prescrivit les antiphlogistiques, mais le malade ne se rétablit qu'incomplètement. Il reste toujours des coliques et une douleur à la tête; il y a de fréquentes menaces de syncope. Il meurt subitement en janvier. *Nécropsie.* Les deux lobes du cerveau et les mé-

ninges sont confondues vis-à-vis le vertex, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs; adhérence de l'arachnoïde dans cet endroit; le reste du cerveau est sain; cœur doublé de volume; oreillette droite dilatée; jéjunum et iléum d'un rouge foncé; le grand lobe du foie très-volumineux et gorgé de sang: point de rein gauche; le droit deux fois comme dans l'état ordinaire et formé de plusieurs lobes, comme chez les enfans. — M. Broqua attribue la mort subite à un anévrisme du cœur qu'aucun symptôme n'avait fait soupçonner. Telle n'est pas l'opinion du rapporteur; il ne voit là qu'une hypertrophie, et l'hypertrophie n'est pas une cause de mort subite. M. Rochoux pense, contre M. Bouillaud, que cette cause de mort est très-réelle, et il dit que l'ouvrage de Corvisart en contient des exemples. — M. Piorry croit que, dans les apoplexies, la mort arrive moins par la cessation de l'innervation que par le trouble de la circulation et de la respiration: il croit, en d'autres termes, que les apoplectiques périssent asphyxiés. — M. Emery répond qu'il faut au moins en excepter les apoplexies foudroyantes, où la circulation n'a pas même le temps de se déranger. — M. Ségalas se croit autorisé, par des expériences, à avancer que la mort la plus prompte est celle dont la cause agit sur le système nerveux. Il place ensuite les lésions du cœur, et au troisième rang les lésions du poumon. — M. Castel répond à M. Piorry que le trouble de la respiration et de la circulation de l'apoplectique étant consécutif à la lésion du cerveau, c'est à celui-ci qu'il faut attribuer le résultat, et cela est si vrai, que la mort est d'autant plus rapide que la lésion encéphalique est plus considérable.

Lithotritie. M. Ségalas présente un malade auquel il a broyé la pierre. Ce fait n'a rien de remarquable, si ce n'est la rapidité des manœuvres. En vingt-quatre heures il a fait deux tentatives de broiement, et en quarante-huit heures deux autres. Le malade est guéri sans accident.

Séance du 12. — *Eaux minérales.* — On vient de voir dans la dernière séance que, pour mettre la commission de cette année d'accord avec celle de l'année dernière, l'Académie les avait engagées à se réunir. Cette réunion a eu lieu, et M. Itard vient rendre compte du résultat de leurs délibérations. Tout le monde est convenu qu'on prierait Son Excellence 1° de faire imprimer les deux mémoires composés par la commission de l'an dernier, et destinés à guider les médecins-inspecteurs dans les travaux qu'ils sont appelés à faire sur les eaux minérales dont ils ont la direction; 2° de faire imprimer également le cahier d'observations tracé par la

dernière commission, et d'obliger les inspecteurs à s'y conformer; 3o d'assimiler les inspecteurs des bains de mer aux inspecteurs des sources thermales, et d'en attacher à chaque établissement maritime.

Moyen de guérir le vin qui a le goût du fût. — M. Pommier, pharmacien à Salies, a trouvé ce moyen. Il consiste à verser dans le vin détérioré de l'huile d'olives; à agiter fortement le mélange, puis à laisser reposer et à séparer les deux liquides en décantant. M. Pommier ne dit rien de plus, sinon qu'il importe aussi de changer le vin de tonneau; et le rapporteur, M. Chevallier, remarque que cette pratique est d'un usage habituel dans les pays vignobles; il croit seulement qu'on met dans le tonneau où l'on transvase le vin des copeaux de chêne.

Relation des maladies observées pendant le premier trimestre de 1827, *à l'hôpital militaire de Barcelonne,* par M. Jourdain. — *Rapport* de M. de Kergaradec. — Cette relation semble avoir été faite pour réfuter ceux qui, en dépit de tout, veulent absolument trouver dans l'insalubrité de Barcelonne la cause de l'épidémie qui désola cette ville en 1821. M. Jourdain soutient au contraire que rien n'est plus sain que ce pays, et la preuve, c'est que, sur dix mille hommes de garnison, on en comptait à peine cent cinquante à deux cents malades : encore la plupart étaient-ils blessés, vénériens ou galeux. Au reste, il n'en mourut que quatorze, dont sept pthisiques, deux colites, une gastro-entérite, une hépatite, une variole et deux arachnitis. En général, M. Jourdain sent singulièrement le *physiologiste.* Néanmoins, comme il voit des malades, la pratique a redressé les torts du jugement. Il signale, par exemple, les dangers des topiques révulsifs appliqués trop tôt, qu'il oppose aux bienfaits des évacuations sanguines. Il en étend l'usage presque à la petite vérole, dans laquelle il ne veut voir qu'une inflammation, comme si l'altération de la peau était tout. Et quand même cela serait, quelle est donc la puissance qui régit cette phlegmasie, au point d'en régler la marche de telle sorte qu'on peut prévoir dès le début l'état où sera la maladie tel et tel jour? Il ne parle pas de la contagion, quoique cet argument soit sans réplique : car je ne sache pas qu'on accorde aux phlegmasies la facultés de se transmettre; mais telle est la manière de raisonner de certaines gens, qu'ils élargissent le principe en proportion des conséquences qu'ils veulent en déduire. Mais comme ils ne s'en avisent qu'après coup, personne n'est dupe de cette ridicule logique.

Considérations chimiques sur l'emploi du deuto-sulfate de cuivre dans la panification, par M. Derheims, pharmacien à St.-Omer.

— *Rapport* de M. Henry. — Le fréquent usage que les boulangers de la Belgique faisaient depuis quelques années du sulfate de cuivre et du sulfate de zinc dans la fabrication du pain, et les accidens auxquels cette fabrication a donné lieu, ont éveillé l'attention du gouvernement belge, qui, pour faire cesser cet abus, a émis une loi qui interdit l'emploi de ces substances vénéneuses dans la confection du pain.

L'usage de ces deux sels s'est transmis à plusieurs villes de la Flandre française. Plusieurs boulangers, convaincus de ces manœuvres frauduleuses, ont été traduits devant les tribunaux; mais les moyens repressifs mis à la disposition des magistrats ont été insuffisans pour ce genre de délit. C'est dans le but d'obvier à cette insuffisance que M. de Boisbertrand a demandé à l'Académie de constater, par des expériences, les procédés les plus sûrs, les plus faciles, et les moins dispendieux pour reconnaître la présence du sulfate de cuivre et du zinc dans le pain. La lettre ministérielle était accompagnée du mémoire de M. Derheims, intitulé *Considérations chimiques sur l'emploi du deuto-sulfate de cuivre dans la panification*, qui avait été lu à la société d'agriculture de St.-Omer, et qu'on avait jugé propre à fournir quelques renseignemens.

La cherté des grains, pendant les années 1828 et 1829, a donné lieu à la falsification des farines, que l'on mélangeait avec de la fécule de pomme de terre, des farines de fèves, de pois et de haricots. La panification avec ces farines s'opérait difficilement, produisait un pain moins blanc, compacte et peu crevassé. Les boulangers ont cherché à remédier à ces inconvéniens, et ont eu recours à l'emploi de divers sels. Ces essais frauduleux ne sont pas nouveaux. De tout temps, les auteurs qui se sont occupés de ce point d'hygiène spéciale ont signalé de semblables abus. L'alun, la magnésie, la craie, les sous-carbonates de potasse, de soude, d'ammoniaque, et même le sulfate de chaux, ont été employés dans certains pays pour rendre le pain plus blanc, plus ferme et plus poreux. A des époques plus reculées, le sulfate de cuivre avait lui-même été introduit dans le pain ; mais, soit que les doses en fussent trop petites, soit que l'emploi en ait été tenu secret, il n'avait pas jusqu'alors éveillé l'attention de l'autorité. Il n'en est plus de même aujourd'hui, la vente du sulfate de cuivre destiné à cet usage est faite publiquement dans certaines villes par des droguistes, et les proportions sont telles, que le pain est susceptible d'occasioner des accidens fort graves.

Le mémoire de M. Derheims, dit M. le rapporteur, présente quelque intérêt sous ce point de vue, bien qu'il contienne des assertions

inexactes. M. Derheims pense que le but unique des boulangers, en introduisant du sulfate de cuivre dans le pain, est de faire lever la pâte plus fortement, et d'obtenir, par conséquent, un pain léger et poreux; mais il est une observation qui n'a pas dû lui échapper, c'est que la petite teinte bleuâtre, produite par le sulfate de cuivre non décomposé, empêche le pain de paraître bis.

Après avoir examiné avec détail les observations et les procédés de M. Derheims, dans lesquels il signale quelques erreurs; M. Henry passe à la partie la plus importante de son rapport. Il communique les expériences que la commission a faites sur des pains contenant du sulfate de cuivre et du sulfate de zinc.

Ils ont pris 125 grammes d'un pain de 500 grammes, contenant un décigramme de sulfate de cuivre. Ils les ont desséchés, reduits en poudre, et introduits dans un creuset de platine avec environ 100 grammes d'acide nitrique à 36°; le creuset placé sur des charbons, on l'a chauffé jusqu'à ce que la masse fût réduite à un petit volume, en ayant soin de remplacer l'acide à mesure qu'il s'évaporait. Le résidu, qui était d'un noir intense, a été repris par une petite quantité d'acide nitrique faible; la liqueur filtrée et additionnée d'un excès d'ammoniac afin de séparer les phosphates de chaux et de magnésie, a été filtrée de nouveau, réacidulée par l'acide nitrique, et évaporée à un très-petit volume. En cet état, elle fut essayée par l'ammoniaque et l'hydro-cyanate ferruré de potasse; elle donna lieu, dans le premier cas, à une couleur bleue qui est d'autant plus intense que la quantité de cuivre est plus forte; dans le second, à un précipité brun-marron.

Le même procédé a été employé pour le pain contenant du sulfate de zinc, à cette différence près que la liqueur acide a d'abord été précipitée par un excès de potasse caustique, afin de séparer les phosphates de chaux et de magnésie de l'oxide de fer. Isolée de ces deux sels par la filtration, elle a été légèrement acidulée par l'acide nitrique, rapprochée ensuite au tiers de son volume, et essayée par l'hydro-sulfate de potasse neutre, qui donne lieu à un précipité blanc d'hydro-sulfate de zinc, et par l'ammoniaque et la potasse caustique qui forment un dépôt blanc d'oxide de zinc soluble dans un excès de ces alcalis.

Si l'on était assuré d'avance que le pain ne contînt que du sulfate de cuivre, on pourrait le calciner sans avoir recours à l'addition d'acide-nitrique, et pousser la calcination jusqu'à ce que les cendres fussent réduites à un petit volume, le traiter par l'acide-nitrique, et agir, du reste, comme il a été dit plus haut. Mais MM. les commis-

saires ont remarqué qu'il était nécessaire de triturer ces cendres dans un mortier d'agathe, afin de les réduire en poudre très-fine, parce que le degré de chaleur qu'elles subissent, en augmentant leur cohésion, les rend plus difficilement attaquables par l'acide nitrique.

Avec ces procédés, qui, à l'exception de l'emploi de réactifs différens, peuvent se confondre l'un dans l'autre, MM. les commissaires ont reconnu, dans 500 grammes de pain, un décigramme de sulfate de cuivre, et un décigramme et demi de sulfate de zinc. Si la dose de ces deux sels est moins forte, les phénomènes sont moins sensibles; mais tout porte à croire que les boulangers en ajoutent une proportion plus considérable; car, avec cette faible dose, MM. les commissaires n'ont pu obtenir de soulèvement dans la masse, but principal que les boulangers se proposent d'atteindre.

Les résultats de ces expériences seront communiqués au ministre, qui les fera consigner dans une instruction claire et précise.

M. Henry donne lecture de cette instruction : elle contient exactement l'indication des procédés que nous venons de faire connaître.

M. Orfila dit avoir été consulté par l'autorité de la ville de Bruges sur les moyens de reconnaître, dans le pain, la présence du sulfate de cuivre qui avait échappé aux tentatives des pharmaciens du lieu. Il fit préparer une livre de pain avec quatre grains de sulfate de cuivre : ce pain avait une légère teinte bleue; il en fit macérer une partie pendant huit heures dans de l'eau filtrée, et celle-ci prit une teinte rouge cramoisi par le prussiate de potasse. Cette teinte était plus foncée si la macération du pain se faisait dans une eau aiguisée d'acide sulfurique. Les autres réactifs du cuivre n'ont rien annoncé.

M. Orfila a fait incinérer l'autre moitié de pain; les cendres obtenues étaient de couleur bleue, ce qui lui a prouvé que le sulfate de cuivre ajouté avait été décomposé en sous-sulfate : il a traité ces cendres par de l'acide sulfurique faible, et la dissolution a bleui par l'ammoniaque, noirci par l'acide hydro-sulfurique, précipité en rouge cramoisi par le prussiate de potasse, et a laissé déposer du cuivre métallique sur une lame de fer décapée. Le problème a donc été résolu, et si les pharmaciens de Bruges n'y sont pas parvenus, c'est qu'ils se sont bornés à carboniser le pain, au lieu de l'incinérer.

M. Pelletier annonce que, sur l'invitation du préfet de police, le conseil de salubrité de Paris a fait des recherches pour découvrir le sulfate de cuivre dans le pain de quelques boulangers. On n'en a pas trouvé; mais M. Barruel s'est assuré, dans cet examen, que le sulfate de cuivre, loin de faire lever la pâte, s'y oppose; qu'il suffit de quel-

ques atomes de ce sel pour donner au pain une teinte bleue, et qu'enfin, une tranche de ce pain dans une solution de prussiate de potasse, prend une teinte rouge cramoisi, de sorte que l'incinération est même inutile pour reconnaître la falsification.

M. Virey objecte qu'il est aussi des graines qui, ajoutées au blé, peuvent donner la couleur rouge au pain ; telle est le *mélampyrum.*

M. Lodibert ajoute que le même effet peut provenir non des boulangers, mais des agriculteurs qui mêlent le sulfate de cuivre au blé pour le chauler.

Empoisonnemens par la petite ciguë ; par M. Lalé. — *Rapport* de M. Londe. — Ces faits, au nombre de deux, démontrent que les propriétés de la petite ciguë ne sont pas moins délétères que celles de la grande, et que, par sa ressemblance plus complète avec le persil, la petite ciguë est plus susceptible de faire commettre des méprises.

Hernie de l'estomac. M. Yvan présente un estomac hernié d'un volume énorme. Un soldat, admis aux invalides en 1813, présenta quelque temps après un oschéocèle que le taxis faisait aisément disparaître. Les bandages ne pouvant contenir les parties déplacées, on se borna à un bandage-suspensoir dont on augmenta graduellement la capacité. Il y a un mois, il survient des vomissemens répétés, quoiqu'il n'y ait pas d'étranglement, et le malade meurt. — *Necropsie.* Hernie énorme par l'anneau inguinal gauche, qui a 18 pouces de circonférence ; dans le sac herniaire, il y avait le tiers inférieur de l'estomac, le grand épiploon, le paquet des intestins grêles, presque tout le gros intestin, excepté la portion iliaque du colon, le cœcum et le rectum. L'estomac, situé parallèlement à l'axe du corps, est d'un volume énorme, et semble divisé par une dépression circulaire en deux portions; l'une supérieure, située dans le ventre; l'autre inférieure dans le sac herniaire. La longueur de la grande courbure est de 3 pieds, celle de la petite de 18 pouces, sa circonférence de 20 pouces et de 6 au pylore. Il contenait 5 litres de liquide ; le reste du tube digestif est affaissé et plutôt rétréci que dilaté.

Séance du 19. — *Prix proposé* par M. Bossange père. — On se rappelle que M. Bossange a proposé en prix les *Liliacées* de notre célèbre Redouté, à l'auteur du meilleur mémoire sur l'usage du maïs comme aliment de l'homme ; le secrétaire annonce que le concours est fermé depuis le 15 de ce mois. L'Académie a reçu trois mémoires ; elle nomme incontinent, et au scrutin secret, une commission de cinq membres pour les examiner.

Inoculation du virus de la varoloïde, par M. Guillou, médecin à St.-Pol de Léon. — Rapport de M. Bousquet. — Il est inutile de présenter ici l'analyse d'un rapport que nous insérons en entier dans ce même cahi (*voyez la table des matières*). Mais nous devons dire un mot de la discussion à laquelle il a donné lieu. Elle n'a roulé que sur l'action des chlorures sur le virus-vaccin. M. Robinet ouvre la discussion en demandant au rapporteur le nombre des expériences qu'il a faites, et dans quelles proportions étaient les deux fluides. M. Bousquet répond qu'il a fait en tout 15 ou 16 expériences; dans les premières, il se contentait de jeter quelques gouttes de chlorure de soude dans un travers de doigt d'eau, et puis mêlait une goutte de cette eau chlorurée avec une goutte de vaccin. Peu à peu il a augmenté la dose de chlorure, et il a fini par employer le chlorure pur, et en quantité égale à celle du vaccin, et la vaccine ne s'en est pas moins développée. M. Boulay partage des doutes de M. Robinet. M. Itard est d'autant plus sûr des expériences de M. Bousquet, qu'il s'est appliqué à frotter avec du chlorure de soude les piqûres vaccinales à l'instant même où elles venaient d'être faites, ce qui n'a eu aucune influence sur le résultat de l'opération. Aux yeux de M. Pelletier, il n'y a rien qui doive choquer ses idées reçues dans les expériences du rapporteur, en ce que les chlorures ne neutralisent que la putréfaction. Or, il n'y a rien de pareil dans le virus-vaccin; sans cela il ne réussirait certainement pas. M. Delens dit que les expériences de M. Bousquet ne prouvent pas que les chlorures ne centralisent pas le virus-vaccin. Il est possible en effet que la quantité de chlorure employée n'ait détruit qu'une portion de la quantité de vaccin inoculé, c'est-à-diré qu'il restait encore assez de vaccin pour se développer et produire l'éruption vaccinale. — MM. Marc et Villermé demandent de nouvelles expériences, et leur proposition est adoptée. Un pharmacien demande, en outre, qu'on fasse l'analyse chimique du fluide vaccin, et cette demande, combattue par la plupart des médecins, passe à une faible majorité.

Nouveau procédé pour extraire la morphine de l'opium, par M. Blondeau. — *Rapport* de MM. Robiquet et Guibourt. — On sait que le point de la difficulté dans l'extraction de la morphine, est de la séparer avec aussi peu de perte que possible de la matière résinoïde et colorante qui l'accompagne. Plusieurs chimistes-pharmaciens, tels que MM. Hottot, Girardin et Faure, ont proposé divers procédés, qui tous approchent plus ou moins du problème. M. Blon-

deau n'a pas eu d'autre but. Il fait macérer 1 kilogramme d'opium divisé dans deux fois son poids d'eau tiède, le délaie exactement et y ajoute quatre onces de miel et deux onces de levure; il dépose ce mélange dans une étuve chauffée à 20 ou 25 degrés; la fomentation s'y établit, et lorsque l'odeur de l'alcool y est bien développée, il passe au travers d'une toile cirée, et exprime le résidu après l'avoir lavé à plusieurs reprises; toutes les liqueurs sont ensuite mêlées, évaporées convenablement, et, ès le refroidissement, précipitées à l'aide d'un léger excès d'ammoniaque; le précipité est ensuite lavé à l'eau froide, séché et repris par l'acide hydrochlorique; il purifie l'hydochlorate formé, et enfin, en extrait la morphine par le procédé de MM. Henry fils et Clarion. On obtient ainsi, dit M. Blondeau, une quantité beaucoup plus grande de morphine.

MM. les commissaires se sont d'abord demandé ce que faisait la fermentation sur l'opium; ils ont reconnu : 1° que pendant cette fermentation, il se dégageait de l'acide carbonique, ce qui n'arrivait pas avec l'opium seul, delayé dans l'eau, et avec la levure de bière seule delayée dans l'eau; 2° que cette fermentation augmentait la quantité relative de matière soluble ou d'extrait, et diminuait celle du résidu en lui faisant perdre toute ténacité; 3° ils n'ont pu constater dans la liqueur filtrée et distillée la présence de l'alcool. Ils ont ensuite cherché à apprécier quelle quantité de morphine on retire de l'opium après qu'il a fermenté par son mélange avec la levure de bière, comparativement avec celles qu'on obtient avec de l'opium non fermenté et avec de l'opium fermenté seul; ils ont reconnu d'abord, que la quantité de morphine brute que peut produire l'opium est considérable, de 3 à 4 onces par livre, ou par 8 onces d'extrait; ensuite, que cette quantité est bien plus grande dans le premier cas que dans le second, et surtout dans le troisième, probablement parce que la fermentation à l'aide de la levure a débarrassé la morphine des matières qui s'opposent à sa complète précipitation par l'ammoniaque. Un kilogramme d'opium, traité à la manière ordinaire, a fourni 6 onces 4 gros de morphine brute, et, à la manière de M. Blondeau, 8 onces 1 gros. Seulement les commissaires préfèrent purifier la morphine, obtenue ainsi, par la méthode ordinaire, c'est-à-dire par l'alcool, plutôt que d'agir par l'acide hydrochlorique, comme le veut M. Blondeau.

Les commissaires en finissant, proposent à l'Académie de donner son approbation au procédé de M. Blondeau, avec cette restriction, qu'il

vaut mieux purifier la morphine obtenue par l'acool que par l'acide hydrochlorique.

M. Lodibert fait remarquer que le procédé de M. Blondeau éclaire la théorie de la préparation des vins médicinaux faits par fermentation, et qu'il explique pourquoi la bière de quinquina et l'opium de Rousseau ont une énergie supérieure, l'une aux infusions et décoctions de quinquina, l'autre à toute teinture opiacée dans laquelle l'opium et son dissolvant seraient dans les mêmes proportions.

Poudre de houx. — Fièvres intermittentes. — La réputation qu'on a faite à la poudre de houx dans les fièvres d'accès a donné envie à M. Chomel d'en faire l'essai. Il a réuni à l'hôpital de la Charité 22 malades atteints de cette maladie. Mais avant d'essayer le nouveau fébrifuge, il a cru devoir laisser filer quelques accès, et il est arrivé que 7 malades sont guéris spontanément; sur les autres, la fièvre a tellement diminué, qu'on n'a pas cru devoir les mettre en expérience; il en a été de même de 8 autres, auxquels on s'est abstenu de faire prendre la poudre de houx, à cause de diverses phlegmasies qui compliquaient le génie périodique. Reste donc 3 qui ont paru réunir toutes les conditions qu'on peut désirer pour faire l'épreuve du nouveau médicament; mais il n'en est pas guéri un seul; et il a fallu le remplacer par le sulfate de quinine qui a eu un entier succès.

M. Chomel a voulu se convaincre, à cette occasion, s'il suffisait, comme l'a dit M. Magendie, de deux grains de sulfate de quinine pour couper une fièvre intermittente; mais il a trouvé cette dose presque toujours insuffisante. M. Chomel a fait remarquer, en terminant sa lecture, combien il eût été facile de se faire illusion sur les propriétés antipériodiques de la poudre de houx, si on l'eût donnée dès les premiers accès. Cette réflexion toute naturelle est pleine de justesse, et je ne doute pas qu'on n'ait fait honneur à bien des médicamens d'une foule de guérisons auxquelles ils n'ont eu aucune part.

Après cette lecture, M. Esquirol propose l'insertion du mémoire de M. Chomel dans les travaux de l'académie. Celui qui trace ces lignes rend toute justice à M. Chomel, dont il aime la personne autant qu'il estime les talens; mais il faut convenir que la proposition de M. Esquirol est plus courtoise que réfléchie. Car, je le demande, est-il bien convenable d'insérer dans les actes d'une société savante un mémoire qui n'aboutit qu'à des résultats négatifs? encore s'il s'agissait de détruire une erreur bien accréditée;

mais qui est-ce qui emploie la poudre de houx dans les fièvres intermittentes ?

Anatomie pathologique. — M. Amussat présente une vessie carcinomateuse, laquelle a appartenu à un vieillard de quatre-vingt-six ans qui, six mois auparavant, avait eu quelques douleurs dans l'hypogastre, une hématurie et une rétention d'urine que le cathétérisme démontra être produite par un énorme caillot de sang qui remplissait la vessie.

Séance du 26 janvier. *Concordance de l'état atmosphérique avec les maladies régnantes à Amiens et ses environs dans le cours de l'été de* 1829, *par* M. Trannoy. — *Rapport* de M. Louis. — M. Trannoy décrit l'état de l'atmosphère du 20 juin au 20 septembre 1829, vents, pluies, hauteur du thermomètre, etc. Il mentionne de même les diverses maladies qui ont régné pendant le même espace de temps; mais la commission exprime ici le regret que M. Trannoy n'ait pas présenté une seule observation de maladie, et se soit borné à des énonciations générales, la plupart exprimées en termes dont le sens est un sujet de controverse. Elle demande que M. Trannoy soit remercié de ses communications, mais soit prié de transmettre à l'avenir les faits eux-mêmes, et en ayant soin de les dénommer. Cette proposition est adoptée.

Si la miliaire est une maladie essentielle, idiopathique de l'appareil cutané ou symptomatique d'une irritation viscérale ou de tout autre état pathologique; si elle est endémique et contagieuse, et *quel est le traitement qui lui convient;* par M. Eudes.—*Rapport* de M. Martin-Solon. L'auteur assure d'abord que la miliaire est une maladie essentielle, une phlegmasie de la peau, se fondant sur ce que la peau est constamment affectée dès le principe par la chaleur, une sueur acescente, des picotemens, et plus tard par l'éruption; s'appuyant encore sur ce que souvent, dans cette maladie, il n'y a pas d'autres incommodités que la sueur et le prurit, et sur ce que la sueur marque le commencement de l'éruption et se continue sans interruption jusqu'à la fin de la maladie. Il établit ensuite que la miliaire peut régner épidémiquement et endémiquement; en preuve du premier fait, il cite l'épidémie de suette miliaire observée par M. Rayer; en preuve du second, l'existence de la miliaire, depuis 60 ans, dans l'arrondissement de Bayeux. Mais il conteste la nature contagieuse de la miliaire, et rapporte à l'appui les expériences de M. Lepaulmier à Bayeux, qui n'a jamais vu les sueurs non plus que l'inoculation du pus des boutons produire la maladie. Le rapporteur émet ici une opinion contraire à

celle de M. Eudes, et assure avoir vu la miliaire se propager trois fois par contagion à trois individus différens. Il conteste aussi l'excellence des raisons qui font admettre à M. Eudes la nature idiopathique de la miliaire, tout en partageant sous ce rapport l'opinion de ce médecin.

Après une courte discution dans laquelle M. Rochoux invoque l'autorité de M. Rayer, pour établir que la miliaire n'est pas contagieuse, et dans laquelle M. Castel accuse de contradiction les médecins qui nient l'existence des fièvres essentielles, le rapport est adopté.

Notice sur un nouvel instrument lithotriteur, par M. Pravaz. — Ce médecin a toujours pensé que le cathétérisme, exécuté avec une sonde d'une courbure appropriée à celle de l'urètre, était préférable, quoi qu'on en ait dit en ces derniers temps, au cathétérisme pratiqué avec une sonde droite; si ce dernier ne déchire point l'urètre en redressant sa courbure, au moins exerce-t-il une forte irritation sur ce canal, et celle-ci peut souvent se transmettre à la vessie et aux reins, et occasioner des accidens funestes. D'après ces raisons, et parce que le cathétérisme rectiligne est quelquefois absolument impraticable, M. Pravaz a conçu le dessein de construire un instrument lithotriteur courbe. Auparavant, il avait cherché à perfectionner les procédés du galvanisme et des dissolvans chimiques, par lesquels on avait essayé de détruire les calculs urinaires. Ainsi, pour isoler plus complétement les conducteurs de la pile, il imagine de faire passer les fils métalliques dans une série de petits grains de verres, recouverts d'une couche de gomme lacque. Ainsi, il essaya de porter sur un calcul saisi par la pince d'un lithotriteur, un agent chimique propre à le dissoudre, et cela à l'aide d'un tube de platine assez fin pour passer dans la pince creuse du lithotriteur. Mais peu satisfait de ces essais, il tenta la construction d'un lithotriteur courbe. Il fit d'abord une canule et une pince avec le degré de courbure approprié à celui de l'urètre; puis, pour supporter le perforateur, il imagina une tige flexible, composée de petits cylindres en acier fondu, convenablement trempés, taillés à tenons et mortaises, qu'assemblent de fortes goupilles, et disposés en spirale, de manière que cette tige peut tourner sur elle-même en conservant sa courbure. Cet instrument a une courbure si bien calculée sur celle de l'urètre, qu'il est d'un emploi plus facile que celui des sondes ordinaires et des sondes droites. Il restait à imprimer un mouvement de rotation rapide à la tige qui porte le perforateur; et comme à cause de la facilité qu'a cette tige de se tordre un peu sur

elle-même, on ne pouvait employer un archet, M. Pravaz y a substitué une roue dentée avec une manivelle adaptée à son extrémité supérieure. Un disque mobile, sur lequel le doigt appuie, fait avancer la tige à mesure que le perforateur pénètre le calcul, mécanisme qui est préférable à celui des lithotriteurs ordinaires, puisqu'ainsi on peut graduer la pression d'après la résistance. Il en résulte encore que la vessie n'éprouve pas ces vibrations que détermineraient en elle les mouvemens alternatifs de l'archet; qu'il y a moins de risque que le calcul soit chassé hors des branches de la pince, et que ce calcul est attaqué sur une plus large surface. Enfin, outre des perforateurs disposés de manière qu'ils occasionent dans le calcul une perte de substance double de leur volume, M. Pravaz trouve à son instrument cet avantage immense, que le calcul, une fois saisi par la pince, tend toujours à s'y maintenir; qu'après avoir été perforé une fois, il est très-aisé de changer sa position pour le perforer de nouveau sur un autre point, et qu'ainsi on peut pratiquer huit ou dix perforations dans une seule séance. Sont désignés, pour faire un rapport sur cet instrument, MM. Dupois père, Breschet, Baffos, Roux et J. Cloquet.

Anatomie pathologique. M. Guéneau de Mussy présente un cœur affecté d'ulcérations. Une femme âgée de 45 ans est admise à l'Hôtel-Dieu le 15 janvier dernier, ayant, à la partie antérieure et supérieure de la poitrine du côté droit, une tumeur circonscrite, indolente, fluctuente, et se plaignant seulement de quelques douleurs vagues dans le thorax. Une ponction profonde pratiquée dans la tumeur n'en fait sortir que quelques gouttes d'un pus blanchâtre et épais. Deux jours après la femme meurt inopinément et sans avoir présenté d'autres symptômes. *Nécropsie.* La tumeur correspondait à l'articulation de la clavicule avec le sternum, le pus n'y était pas rassemblé en foyer, mais infiltré seulement dans le tissu cellulaire; une carie ancienne avait détruit les surfaces osseuses de l'articulation claviculo-sternale. Il y avait des foyers purulens également circonscrits entre les muscles pectoraux du même côté, mais aucun ne communiquait avec la cavité de la plèvre. En soulevant le cœur, on voyait s'écouler du pus parfaitement semblable à celui de la tumeur extérieure; il était fourni par deux foyers purulens situés entre le péricarde et le cœur, l'un sur la ventricule gauche, l'autre sur l'oreillette droite; une couche albumineuse unissait le péricarde et le tissu du cœur, et avait contenu le pus en un foyer; là le cœur était altéré et comme creusé; le système veineux, examiné avec soin, n'a offert aucune altération.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

(*Extrait des procès-verbaux rédigés par M.* Bérard aîné, *secrétaire.*)

Râle crépitant. M. Bonnet, ayant eu l'occasion d'observer dernièrement quelques hémoptoïques, dit avoir constaté chez plusieurs l'existence d'un *râle crépitant*, mais différent de celui de la pneumonie. M. Cruveilhier ne nie point que ce symptôme ne puisse exister dans ce cas; mais il ne lui paraît d'aucune valeur, soit comme signe de l'apoplexie pulmonaire, soit comme moyen de diagnostic de la pulmonie, parce qu'il peut manquer dans ces maladies ou se montrer dans des affections différentes. *La voix et la respiration tubaires* lui paraissent des signes bien autrement importans de l'inflammation du poumon, surtout lorsqu'elles se joignent à cet ensemble de symptômes qui accompagnent ordinairement la pneumonie. M. Montault, au contraire, accorde une grande confiance au *râle crépitant*, comme indice d'une pneumonie qui commence. Souvent, dit-il, on pronostique en quelque sorte, d'après ce signe, l'invasion prochaine des autres symptômes, quoique rien n'annonce encore l'inflammation qui déjà a envahi le poumon. Cette discussion engage M. Guesne à donner quelques considérations sur le *râle crépitant*. Deux conditions sont nécessaires à sa production : 1° une certaine viscosité de l'humeur qui occupe les bronches, et dont les petites bulles sont successivement crevées par le passage de l'air; 2° une énergie suffisante de forces expiratrices. L'absence de cette dernière condition chez le vieillard, dont les bronches sont en outre très-dilatées, rend chez lui le *râle crépitant* fort rare, même dans la pneumonie. Les poumons de l'enfant, par la raison opposée, peuvent devenir le siége du *râle crépitant*, même sans qu'il y ait inflammation de leur parenchyme. La grande viscosité des crachats dans la pneumonie, particularité sur laquelle plusieurs auteurs, et entres autres Laennec, ont beaucoup insisté, paraît venir à l'appui de l'opinion de M. Guesne, sur les conditions nécessaires à la information du *râle crépitant*.

Luxations de l'humérus. M. Bérard aîné communique oralement les détails d'une luxation du bras, qui a offert quelques particularités. Dans l'article étendu, donné par M. Boyer, sur les déplacemens de l'humérus, on ne trouve signalées comme causes de la luxation en bas que les circonstances d'une chute sur le poignet et le coude, avec les cas moins fré-

quens où la luxation fut produite pendant l'effort nécessaire à l'élévation d'un poids jusqu'à une hauteur considérable, ou pendant une attaque d'épilepsie, ou, ce qui est plus rare encore, par une violence appliquée directement à l'articulation. Ce fut par un mécanisme différent, ou au moins sous l'influence de causes différentes, que la tête de l'humérus abandonna la cavité glénoïde dans le cas suivant : M. D... se tenait suspendu par les mains à une traverse de bois, une des mains lâcha prise, et le poids du corps resta confié au membre thoracique droit. La luxation se produisit dans cette position, que le blessé parvint à conserver encore quelque instans, malgré le déplacement de l'humérus droit. Six mois plus tard M. D... éprouva une deuxième luxation en essayant de tourner le bouton d'une porte qui était derrière lui; la simple rotation de l'humérus, pendant que le bras était porté en arrière, fut la cause de ce nouvel accident. La troisième luxation, qui eut lieu devant M. Bérard, se produisit pendant le mouvement brusque par lequel on commence l'action de jeter une pierre. Une douleur vive, l'impossibilité de rapprocher le coude de la poitrine, la dépression sous l'acromion, la présence de la tête de l'humérus dans l'aisselle, ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une luxation en bas. Si le déplacement avait été facile, la réduction ne le fut pas moins; car elle s'opéra presque spontanément, par suite d'un faible mouvement imprimé au bras : ce mouvement avait causé à la fois une douleur vive, et une contraction involontaire des muscles de l'épaule, au moment où l'on allait donner le signal de l'extension. A l'occasion de ce fait, MM. Bonnet et Boudaut disent avoir eu connaissance de luxations de l'humérus qui s'opéraient fréquemment et avec beaucoup de facilité chez certains sujets pendant la simple élévation du bras.

Spina bifida. M. Guyot lit un rapport sur l'observation du *spina bifida*, présentée à la séance précédente par M. Dehanne. Dans la discussion qui suit le rapport, on s'attache à apprécier la valeur des signes attribués à l'inflammation des méninges rachidiennes. MM. Boudaut et Guyot ont vu six fois les traces anatomiques de cette phlegmasie, sans que son existence eût été révélée par des signes pathognomoniques, et sans qu'on ait pu reconnaître rationnellement la marche ascendante de l'inflammation dans le rachis. Le cadavre d'un des jeunes sujets, observés par M. Septier, était remarquable par la saillie considérable des olives, la descente du cervelet dans la partie supérieure du rachis, et, par une espèce de *bifidité de la moelle*, en rapport avec une lamelle osseuse qui, née des vertèbres, s'avançait comme une cloison

partielle dans le canal rachidien. Il est à peine nécessaire d'ajouter que ce sujet avait une hydro-rachis congéniale.

M. Montault, qui a été guéri d'une paralysie d'un côté de la face par l'emploi du galvanisme (1), vient se soumettre à l'examen de ses collègues. M. Cruveilhier, à l'occasion de ce fait, exprime les idées suivantes sur les causes prochaines de la paralysie de la septième paire, et les divise en deux classes : il range dans la première celles de ces causes qui s'établissent sur le trajet même de ce nerf, et déterminent sa compression (telle serait, par exemple, une fracture du temporal); les autres causes exerceraient leur action sur les extrémités périphériques du nerf (ainsi s'expliqueraient les paralysies par suite de transpiration supprimée, ou encore celle qui affecte parfois les femmes nouvellement accouchées). M. Bérard aîné rappelle que M. Lallemand a signalé de plus la distension du facial à la suite des suppurations chroniques de l'oreille interne, et M. Huguier dit avoir rencontré cette dernière altération sur un enfant.

M. Malzaine affirme qu'il a vu la paralysie du facial, sans celle du muscle orbiculaire des paupières ; il cite à ce sujet un fait publié par M. Billard, où l'absence de ce symptôme avait été remarquée. Plusieurs membres de la Société s'accordent néanmoins à considérer l'impossibilité de fermer les paupières comme un effet à peu près constant de la paralysie du nerf facial, et ne sont pas éloignés de croire que, dans le cas de M. Billard et ceux vus par M. Malzaine, la lésion du nerf ne portait que sur une partie de ses branches. M. Malzaine réplique que la destruction du facial était complète.

Fongus de la dure-mère. M. Cruveilhier fait voir une tumeur fongueuse de la dure-mère dont il doit la possession à l'obligeance de M. Rostan. Cette production morbide, dont le volume surpasse celui d'un œuf de poule, occupe la fosse antérieure et moyenne de la base du crâne, et anticipe sur les fosses antérieures et latérales! *En haut* elle avait déprimé, ramolli les deux lobes antérieurs du cerveau, et détruit les nerfs olfactifs, logés, comme on le sait, dans un sillon de ces lobes; *en arrière*, elle avait fait éprouver la même altération au chiasma des nerfs optiques; *en bas*, elle s'introduisait dans les fosses nasales dont elle avait percé la voûte. Cette tumeur est d'un blanc rougeâtre, d'une consistance médiocre et presque friable. Elle paraît appartenir

---

(1) *Voyez* l'observation insérée dans le numéro de janvier. pag. 63,

au tissu *encéphaloïde*. M. Cruveilhier ne doute pas qu'elle ne se soit originairement développée dans la dure-mère. Quelques doutes sur l'usage des nerfs olfactifs ayant été émis, d'après des expériences trop peu répétées ou d'après des faits imparfaitement observés, il était devenu intéressant de mettre à profit les cas de lésion de ces nerfs. Or sur l'individu dont il est ici question, le sens de l'olfaction était complètement perdu; il y avait en même temps amaurose. M. Bérard rappelle que, dans l'observation communiquée par lui au Journal de physiologie, et insérée depuis dans sa Dissertation inaugurale, il a été avancé que le malade avait conservé la faculté de percevoir les odeurs, mais que ce fut seulement après l'ouverture du cadavre que les renseignemens, à ce sujet, furent donnés par les voisins du malade, qui l'avaient vu prendre du tabac avec plaisir, et se plaindre de la mauvaise odeur qu'exhalait un autre malade, atteint d'abcès par congestion. Dans le cas de M. Bérard, la tumeur se portait un peu moins en arrière que dans celui présenté par M. Cruveilhier. Cependant il y avait eu aussi une amaurose complète, qui présenta un phénomène remarquable, celui de sa disparition subite, mais momentanée : circonstance qui fut attribuée par l'auteur de l'observation au déplacement qu'éprouva la tumeur, quand elle entra dans les fosses nasales; cette espèce de bascule du fungus ayant pu rendre momentanément la liberté au nerf optique, comprimé par lui en arrière. Le fait observé à la Salpêtrière et celui recueilli à la Pitié, ont cela de commun, outre la position de la tumeur : 1° que la lésion des lobes antérieurs du cerveau n'a nullement entraîné les mouvemens de la langue et la prononciation, quoique le cerveau fût malade de deux côtés; 2° que les malades ont éprouvé quelques mouvemens épileptiformes; 3° enfin, qu'il y a eu amaurose. Reste le doute sur la perte ou la conservation de l'olfaction chez le malade de la Pitié.

VARIÉTÉS.

RÉCLAMATION.

Montpellier, 16 février 1830.

A M. le rédacteur principal de la Revue médicale.

C'est par distraction, sans doute, que l'un de vos collaborateurs, M. A. Dupau, dans un article sur la gymnastique inséré dans votre estimable journal, a pu laisser croire à ses lecteurs que la gymnastique dont il recommande l'usage et qu'il dit avoir instituée dans son établissement orthopédique, est de son invention. J'ai été assez heureux pour lui en démontrer les principes et les procédés dans ma maison de santé à Montpellier, pendant un séjour de quelques mois qu'il y fit à la fin de 1828. J'ai traité M. le docteur A. Dupau avec la loyauté que se doivent réciproquement des confrères; je me suis efforcé de le convaincre des avantages attachés aux procédés spéciaux de gymnastique dont l'expérience m'avait, depuis quatre ans alors, fait sentir le besoin et démontré l'utilité. Je vois avec une grande satisfaction que j'ai réussi; et je n'aurais aucune réclamation à faire, si M. A. Dupau n'avait appelé *sa gymnastique* celle que je lui ai enseignée, et que j'avais publiée auparavant.

J'ose espérer de votre justice que vous voudrez bien insérer ma lettre dans votre plus prochain numéro, et je vous prie de me croire, etc.

DELPECH.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Du traitement de la sciatique et de quelques névralgies par l'huile de térébenthine, par L. Martinet, ancien chef de clinique de la faculté de médecine à l'Hôtel-Dieu, etc. in-8 de 188 pages; prix, 3 fr. 50 c.; chez Gabon.

L'étude de la médecine présente tant de difficultés, elle demande tant d'opiniâtreté, de constance, qu'il ne faut rien moins que le sentiment de tout ce qu'il y a de noble et de beau dans le but qu'elle se propose, pour encourager et soutenir celui qui lui consacre ses veilles, sa liberté et sa vie tout entière. Cependant, si nous envisageons la direction des travaux, et surtout celle que notre siècle leur a imprimée, nous voyons que ce but si consolant, si honorable, paraît avoir été entièrement oublié; nous voyons que les médecins, sans doute entraînés par leur zèle, à mesure qu'ils avancent dans la carrière, semblent ne plus se souvenir qu'il est un point avant tout, qu'ils se proposaient d'atteindre. En effet, où tendent en dernier résultat tous nos efforts? C'est à l'application du remède. Quel est le but du médecin? c'est de guérir. Cette proposition est tellement vraie, qu'il pourra peut-être, au premier abord, sembler au moins superflu de la rappeler ici. Est-ce la vraie route à suivre, pour justifier ces mots, *ars medendi*, que de ramener, comme on le fait, toutes les maladies à un seul principe, et de leur opposer à toutes, un seul et même mode de traitement?

Cependant, on dirait que, depuis quelque temps, il existe une certaine tendance sinon à abandonner entièrement la direction actuelle des travaux, au moins à reporter quelque attention sur des parties de la science qui semblent entièrement abandonnées. On dirait que les médecins veulent enfin se rappeler que la connaissance positive de la cause de telle ou telle affection, est au moins aussi importante que l'appréciation plus ou moins incomplète des lésions organiques qui ont

pu en être la suite. On dirait même que la thérapeutique, cette branche si importante de la médecine, elle qui devrait être le but de tous les efforts, de toutes les recherches, est sur le point d'être tirée de l'abandon honteux dans lequel on l'avait plongée.

Je ne sais si je m'abuse, mais il me semble que la thérapeutique aussi aura son tour. Je ne souhaite pas que l'on abandonne tout pour son étude; je sais trop bien que toutes les branches de la médecine s'enchaînent entre elles, et qu'il ne faut en exclure aucune: mais j'appelle de tous mes vœux l'époque où, sentant toute leur mission, les médecins s'occuperont plus immédiatement de l'agent thérapeutique, et ne régleront plus leur plan de traitement sur les rêveries d'une doctrine, ou sur les changemens cadavériques; changememens qui peuvent être influencés par mille causes étrangères à la maladie, par l'âge du sujet, par la température, par le temps qui s'est écoulé apr mal, etc., etc.

Jusque là, le plus petit pas fait vers la thérapeutique me semble un progrès dans la science; et c'est avoir bien mérité d'elle que d'avoir dirigé ses recherches sur des médicamens, d'en avoir étudié les effets, précisé les doses, signalé les inconvéniens et préconisé les avantages; aussi le mémoire de M. Martinet, dont la lecture m'a suggéré ces réflexions, sera-t-il, à mon avis, digne de l'attention des médecins.

M. Martinet s'est occupé du *Traitement de la sciatique et de quelques névralgies, par l'huile de térébenthine*; il a étudié le mode d'action de cet agent thérapeutique, et il est parvenu à des résultats positifs que l'expérience confirme chaque jour.

Un grand nombre d'observations détaillées, l'exposé fidèle des différens phénomènes produits par l'ingestion de ce médicament, les conditions pathologiques qui peuvent assuser son emploi, l'indication des modes d'administration qui doivent être préférés, et le relevé exact des réussites et des insuccès, non-seulement observés par M. Martinet lui-même, mais encore rapportés par les auteurs, telle est la substance de ce mémoire.

D'après les recherches de M. Martinet, il est impossible de ne pas reconnaître que, dans le plus grand nombre des cas de névralgies, mais surtout de névralgie sciatique, on peut retirer de grands avantages de l'emploi de l'huile de térébenthine. Dans cette nouvelle édition répondant par des faits, et par des faits nombreux, à quelques assertions, l'auteur a détruit complètement le doute qu'on aurait pu concevoir sur l'efficacité de cet agent thérapeutique, si, pour infirmer

des résultats pratiques, il suffisait seulement de dénégations sans preuve.

Telle est l'importance des travaux faits en thérapeutique, que les moindres résultats en apparence, sont toujours utiles, et celui qui après bien des recherches est arrivé seulement à modifier les doses d'un médicament, ou même à constater de nouveau son action, ne doit pas regretter ses peines. En cela, bien différent de tant d'autres, il a réellement approché du but véritable de la médecine; souvent même il a pu l'atteindre, s'il est vrai qu'il a contribué à faire renaître et à propager un moyen de guérir.

Le mémoire de M. Martinet, je le répète, indépendamment de ce qu'il contient d'utile pour la médecine pratique, mérite d'être signalé comme un pas heureux fait dans la bonne route, et il est à désirer qu'imitant son exemple, les médecins dirigent leur attention sur la thérapeutique, et se mettent enfin à exploiter la mine si féconde et si variée des médicamens. (J. P. B.)

Mémoire sur l'Asthénie, par J.-L. Brachet; ouvrage couronné par la Société royale de médecine de Bordeaux; in-8°, 200 pages. Prix, 3 fr. 50 c. Paris et Montpellier, chez Gabon; Bruxelles, Librairie médicale.

Rendre compte d'un ouvrage scientifique, ce n'est pas émettre, à l'occasion de cet ouvrage, ses propres opinions, mais présenter fidèlement celles de l'auteur, exposer sommairement les faits consignés dans son travail, et les conséquences qu'il en a tirées. C'est à quoi nous nous bornerons dans cet article.

Parmi les observations sur lesquelles M. Brachet fonde sa doctrine de l'asthénie, les unes ont pour objet des cas déjà connus, et qui n'offrent aucun phénomène extraordinaire ou nouveau; mais notre confrère en conclut ce qu'avant lui peut-être on n'avait pas eu l'idée d'en conclure. Ce sont des exemples de congestion cérébrale, de lésions organiques du cerveau ou de ses membranes, de pneumonie, de gastrite, d'hypochondrie, de typhus, d'atrophie d'un membre, etc. Les autres présentent des faits curieux qui ont besoin d'être lus dans le mémoire lui-même; tels sont la disparition complète d'un testicule en vingt-quatre heures, à la suite d'un coup violent sur cet organe; l'asphyxie incomplète d'une mère et de son en-

fant, par la vapeur du charbon, pendant le travail de l'accouchement, etc. D'autres enfin sont les résultats d'expériences directes sur les animaux vivans.

Voilà les bases du travail de M. Brachet; en voici maintenant les conséquences, comme il les expose lui-même.

« L'asthénie n'exprime que la faiblesse, que la diminution des forces.

» Comme il n'y a aucun organe qui ne reçoive des nerfs cérébraux et ganglionaires, et qu'aucune fonction ne s'exécute que par leur ministère et sous leur influence, l'asthénie commence toujours par ces systèmes.

» Elle peut se faire sentir dans tous les organes à la fois; alors elle est générale. Les deux systèmes nerveux sont également affectés.

» Le plus souvent elle se borne à l'un des deux systèmes nerveux; alors elle est limitée à l'ordre de fonctions auquel préside ce système. Si c'est le système cérébral, l'asthénie n'atteint que les fonctions cérébrales : on peut l'appeler asthénie cérébrale. Si c'est le système ganglionaire, les seules fonetions dépendantes de ce système sont affaiblies : ce sera une asthénie ganglionaire.

» L'asthénie peut envahir toutes les fonctions cérébrales, intellectuelles, morales, sensitives, locomotrices, et constituer une asthénie cérébrale générale.

» Elle peut se borner à un ordre de fonctions, tel que les fonctions intellectuelles chez les idiots, les fonctions locomotrices dans les épanchemens et dans les viciations des sens, et constituer une asthénie cérébrale partielle.

» Cette asthénie partielle peut occuper tout un ordre de fonctions, tel que toutes les facultés intellectuelles, les organes locomoteurs, etc., et recevoir le nom d'asthénie partielle;

» Ou bien elle peut se limiter à une ou à un petit nombre de facultés intellectuelles, ou à un ou plusieurs muscles, et mériter le nom d'asthénie partielle locale.

» L'asthénie ganglionaire peut être générale, et faire languir à la fois toutes les fonctions dependantes du système nerveux ganglionaire.

» Elle peut se borner à un ordre de fonctions, la nutrition, par exemple, ou l'exhalation : elle devient partielle.

» Elle peut enfin être circonscrite à un organe ou à une région plus ou moins étendue, et constituer une asthénie ganglionaire partielle locale.

» Chacune de ces modifications d'asthénie cérébrale ou ganglionaire peut se combiner diversement, et donner lieu à autant de nuances qu'il peut y avoir de combinaisons différentes.

» Telle est la classification naturelle et méthodique qu'on peut établir, d'après les formes sous lesquelles se présente l'asthénie, et d'après son étendue. Si nous cherchons quelles en sont les causes, nous les rattacherons à trois ordres principaux pour chaque système nerveux.

» Le cerveau, ou quelque autre partie du système nerveux cérébral, peut être affecté, et causer une des nuances de l'asthénie cérébrale. La cause agit ici directement.

» La cause peut se trouver dans un organe éloigné, dont la réaction devient cause d'asthénie, comme dans les douleurs, les inflammations, certaines dégénératiens organiques.

» Enfin, elle peut se trouver dans une altération du sang, diminution de quantité, défaut d'hémathose, ou introduction de principes plus ou moins nuisibles.

» Il en est de même pour l'asthénie du système nerveux ganglionaire, dont la cause sera directe, sympathique ou humorale, selon qu'elle résidera dans le système ganglionaire lui-même, dans un organe déférent, ou dans le sang ou dans les humeurs. »

Telle est la théorie que M. Brachet donne de l'asthénie. En lisant son ouvrage, on se convaincra qu'elle semble rigoureusement déduite des faits; que ces faits eux-mêmes sont judicieusement choisis et sagement discutés, et l'on applaudira au jugement de la Société savante qui a couronné son mémoire. (C—N.)

Annuaire Médico-chirurgical, ou répertoire général de clinique. Rédigé par le docteur *Caucanas*, etc.; troisième année, 1828. 1 vol. in-8°; prix, 8 fr.; chez Gabon.

La Revue médicale, en 1824, donna la première l'idée de rendre publics les faits les plus importans observés dans les hôpitaux. Son exemple ne tarda pas à être suivi; tous les journaux de médecine publièrent à l'envi les Cliniques de Paris et de la province, et la science s'enrichit ainsi d'une foule de données nouvelles sur la thérapeutique, l'anatomie pathologique et l'art du diagnostic. Ce sont ces faits que l'auteur a cherché à réunir dans l'Annuaire Médico-chirurgical, auquel il a joint un résumé des divers travaux des sociétés savantes,

et une analyse des principaux articles insérés dans les journaux. C'est par un choix de plus en plus judicieux que ce recueil, dont nous annonçons le troisième volume, continuera à mériter l'accueil des hommes qui s'intéressent aux progrès de l'art, et justifiera les espérances qu'il a déjà fait naître.

Traité de la péritonite puerpérale, par A. C. BAUDELOCQUE; ouvrage couronné par la Société royale de Médecine de Bordeaux. 1 vol. in-8. Prix, 6 fr. 50 c. Chez Gabon.

Aussi cruelle que dangereuse, la péritonite puerpérale a été jusqu'à ce jour l'effroi des accoucheurs; et, bien qu'elle ait souvent fixé leur attention, bien qu'elle ait été l'objet d'une multitude d'écrits, on est encore peu d'accord non-seulement sur le traitement par lequel il convient de l'attaquer, mais encore sur sa nature et les causes qui peuvent la produire. La société royale de médecine de Bordeaux jugeant que la connaissance parfaite de cette redoutable affection pouvait avoir les plus précieux résultats, présenta ce sujet aux méditations des savans, et mit au concours de 1829 la question suivante : décrire la péritonite puerpérale, et déterminer par des faits cliniques les cas dans lesquels les diverses méthodes de traitement préconisées jusqu'à ce jour, trouvent leur application. M. Baudelocque publie aujourd'hui l'ouvrage qui lui a valu l'honneur d'une couronne, et nous croyons que les médecins nous sauront gré de leur faire connaître cet écrit. L'étiologie de la péritonite puerpérale y est traitée d'une manière supérieure : tout ce qui a été dit sur la nature et les causes de cette affection y est examiné avec une sévérité de jugement digne de tout éloge; et après avoir discuté toutes les opinions, il tire ce corollaire, que de toutes les causes qui peuvent développer cette phlegmasie, il n'en est pas de plus puissante que la viciation de l'air atmosphérique. Cette théorie sert de base à l'auteur, non-seulement pour tracer des règles sages sur l'hygiène des femmes en couche, mais encore pour déduire des vues de traitement très-judicieuses par rapport aux complications que cette même cause détermine.

De même que de la différence des causes, l'auteur conclut que dans la péritonite puerpérale, l'état pathologique n'est pas toujours semblable, de même aussi par cette distinction importante, il a été conduit à des vues spéciales de thérapeutique; et il est parti de là pour démon-

trer que toutes les méthodes de traitement peuvent avoir leur application.

A la péritonite puerpérale, sporadique, ou par cause externe, il assigne avec raison le traitement anti-phlogistique dans toute son étendue. Lorsque cette affection est épidémique, M. Baudelocque voit quelque chose de plus que l'inflammation du péritoine, et c'est alors qu'il attribue à divers agens thérapeutiques, des succès prodigieux.

Nous devons remercier l'auteur d'avoir porté une vive lumière dans un des points les plus obscurs de la science, et nous recommandons avec plaisir aux accoucheurs, un ouvrage qui dans plus d'une circonstance éclaircira leurs doutes, et fera cesser de pénibles incertitudes.

(L. R.)

Traité général d'Anatomie comparé; par S. F. Meckel. Traduit de l'allemand par MM. Riester et Alp. Sanson, t. IV, 1re partie. 1 vol. in-8; prix, 6 fr.; chez Rouen frères, libraires.

M. Meckel, dans le volume que nous annonçons, commence l'étude de l'anatomie spéciale; c'est par les organes actifs de la locomotion qu'il entre en matière, c'est-à-dire par les muscles.

Après quelques considérations générales sur ces organes, l'auteur passe à leur étude spéciale chez les différentes classes d'animaux, les zoophytes, les échinodermes, les annélides, les insectes, les arachnides, les crustacés, les mollusques, les céphalopèdes, les poissons et les reptiles.

Nous ne suivrons pas M. Meckel dans les nombreux développemens sur les diverses régions du corps de ces animaux; ces détails tout anatomiques ne peuvent entrer dans un journal consacré à la médecine pratique, et à plus forte raison seraient déplacés dans une notice bibliographique. C'est un de ces livres qui demande à être approfondi dans l'ouvrage lui-même et dont nous ne voulons ici que faire une simple annonce.

Méditation sur la chirurgie pratique, ou Exposé d'observations cliniques destinées à faire connaître quelques faits nouveaux, et à fixer particulièrement l'attention des hommes de l'art sur plusieurs points de pathologie externe, de médecine légale et d'orthopédie; par le docteur Ouvrard. Un vol. in-12; prix, 3 fr. 50 c. Paris, chez Baillière.

Sous ce titre assez prétentieux, M. Ouvrard nous a donné un petit

livre où sont déposés les faits les plus remarquables que lui a présentés sa pratique et les réflexions qu'ils lui ont suggérées ; les faits sont pour la plupart dignes de beaucoup d'intérêt ; cependant plusieurs d'entre eux pourraient être beaucoup plus profitables pour la science s'ils étaient exposés avec plus de détails. Quant aux *méditations* de l'auteur, elles prouvent son savoir et son excellent esprit. Il serait bien à désirer que chaque praticien distingué (mais ceux-là seulement) regardassent, à l'exemple de M. Ouvrard, l'expérience qu'ils ont acquise comme un dépôt sacré dont ils doivent rendre compte à leurs successeurs ; des mains habiles se trouveraient un jour, qui, fouillant avec discernement dans ces immenses collections, y recueilleraient les matériaux nécessaires pour élever un monument durable à l'art de guérir. (A. T.)

Bibliothèque de thérapeutique, ou Recueil de mémoires originaux et des travaux anciens et modernes sur le traitement des maladies et l'emploi des médicamens, publiée par A.-L.-J. Bayle, docteur en médecine, agrégé en exercice, sous-bibliothécaire de la Faculté de Paris, médecin des dispensaires, etc.

Tome second, comprenant les travaux thérapeutiques sur le *phosphore*, la *noix vomique*, la *strychnine*, le *datura stramonium* et la *belladone*, par cent quatre-vingt-douze auteurs, dont les principaux sont MM. Allamand, Amelung, Andral, Begbie, Bergius, Berndt, Blackelt, Bromfeild, Brunner, Buchave, Coindet, Durande, Dusterberg, Frank, Fouquier, Gaultier de Claubry, Greding, de Haen, Hahnemann, Hartmann, Hufeland, de Kirckhoff, Krimer, Lauth, Lobstein, Lutzelberger, Magendie, Marcet, Mentz, Munch, Odier, Odhelius, Orfila, Selle, Stoll, Storck, Wepfer, etc. 1 vol. in-8o. Prix, 7 fr. Paris, 1830. Chez Gabon, libraire (1).

S'il est une branche des sciences médicales qui mérite une révision

---

(1) Chaque volume, contenant une série de recueils complets sur les agens thérapeutiques, se vend séparément, et porte, pour ce motif, deux titres, dont le premier (celui de *Bibliothèque de thérapeutique*) s'enlève à volonté. Il ne reste alors que le second titre, indiquant les parties contenues dans le volume, et n'ayant aucune tomaison.

complète, c'est sans contredit la thérapeutique. Cette partie, qui constitue réellement la médecine proprement dite, est restée jusqu'aujourd'hui dans un état d'enfance qui contraste singulièrement avec les brillantes découvertes qu'on a faites en physiologie, en anatomie et en pathologie. Ce défaut de progrès tient principalement à une raison, à la persuasion générale où sont les médecins qu'il suffit de connaître les causes et les symptômes d'une maladie pour en déduire, par une suite de raisonnemens, le traitement qui lui est applicable. Ce qui montre combien cette méthode est vicieuse, c'est l'extrême diversité des traitemens rationnels pour une même maladie, diversité qui tient aux points de vue si multipliés sous lesquels on peut envisager les affections pathologiques. Ainsi, pour choisir un exemple sur cent, l'un donne les toniques dans la fièvre adynamique, l'autre les anti-phlogistiques, celui-ci les anti-spasmodiques, celui-là les anti-septiques, etc., suivant qu'ils mettront en première ligne la prostration des forces, les phlegmasies locales, les symptômes nerveux, ou l'altération des humeurs qui accompagnent cette affection. On voit par-là combien le raisonnement seul, lors même qu'il s'appuie sur les notions que fournit l'expérience, sur les symptômes des maladies et les lésions matérielles des organes, peut facilement jeter dans l'erreur.

Il faut donc suivre une autre voie. Cette voie, c'est un *empirisme raisonné;* c'est-à-dire l'expérience généralisée et appliquée aux effets thérapeutiques des agens qui peuvent modifier heureusement l'organisme malade. Ainsi on doit essayer ces agens contre un nombre considérable d'affections morbides; noter tous les changemens qui surviennent dans leurs symptômes et leur marche, par suite de cette administration, et toutes les circonstances qui font varier les effets des médicamens. Après qu'on aura multiplié ces expériences sur une masse assez considérable de sujets, on arrivera facilement, par voie d'induction, à des principes généraux de thérapeutique, d'autant plus positifs et plus dignes de confiance, qu'ils seront les corollaires d'un plus grand nombre de faits. Si un travail semblable avait été fait pour la plupart des maladies, on ne se perdrait plus dans des discussions et des raisonnemens interminables, pour arriver à prescrire le traitement d'une affection donnée; mais on administrerait un moyen thérapeutique, par la raison qu'une expérience suffisante aurait prouvé que le même moyen employé contre la même maladie, et dans des circonstances analogues, est couronné de succès. Dès lors le rôle de médecin se bornerait à deux choses; la première à détermi-

ner si le traitement empirique d'une maladie repose sur une expérience suffisante, et la seconde, si le nouveau cas qui se présente est analogue à cette maladie. C'est là l'étroite série de raisonnemens auxquels nous nous livrons lorsque nous employons le traitement de la Charité contre la colique des peintres, le mercure contre la syphilis, l'iode contre le goître, le quinquina contre les fièvres intermittentes, le vaccin comme préservatif de la variole.

Le but de M. Bayle, en publiant la Bibliothèque de thérapeutique, c'est d'arriver à augmenter le nombre des traitemens empiriques; c'est-à-dire des seuls traitemens dont l'efficacité est notoire, authentique, positive et à l'abri de l'esprit de système, si nuisible de tout temps à la médecine pratique. L'auteur ne pouvant arriver à ce grand résultat qu'en résumant et analysant une masse considérable de faits, et nos traités généraux de thérapeutique étant, sous ce rapport, d'une pauvreté désespérante, on aurait pu penser que M. Bayle ne pouvait arriver à aucun résultat positif qu'en soumettant à l'expérimentation clinique tous les agens thérapeutiques, ce qui eût été au-dessus des forces, je ne dis pas d'un seul homme, mais de dix. Heureusement, les matériaux de la Bibliothèque de thérapeutique, quoique inconnus pour la plupart, existent, et en grand nombre. Il n'y a point d'agent sur lequel les annales de la science ne contiennent des observations nombreuses et exactes. Tous ces faits, noyés et perdus dans des milliers de volumes, et n'ayant presque aucune valeur lorsqu'ils sont isolés, acquièrent une importance extraordinaire par leur rapprochement et leur coordination. Mais la tâche de M. Bayle ne se borne point à rechercher ces travaux, à choisir ceux qui sont bien faits, à traduire ceux qui sont en langue étrangère, à extraire ou analyser ceux qui sont diffus; il rapproche encore les différens faits dont ils se composent, les discute, note ce qu'ils présentent de commun ou de particulier, et arrive, d'induction en induction, aux conclusions naturelles qui en dérivent. Ces conclusions, présentées sous forme de résumés des travaux thérapeutiques que renferme l'ouvrage, sont plus ou moins générales, et plus ou moins dignes d'être érigées en principes, suivant qu'elles sont déduites d'une observation plus ou moins large.

On aura une idée de l'ouvrage de M. Bayle, envisagé sous ce rapport, quand on saura que le second volume, que nous annonçons, présente la substance des travaux thérapeutiques de cent quatre-vingt-douze auteurs, et que le seul article relatif à la belladone est le résumé de deux mille huit cent quatre-vingt-sept observations.

Nous n'entrerons dans aucun détail sur les matériaux qui font partie de ce second volume. Il en sera fait une analyse détaillée dans un autre numéro de ce journal. (P. P.)

Manual of midwifery, etc.; *Manuel d'accouchement*; par le docteur MICHAEL RYAN, professeur d'accouchement, etc. Deuxième édition. Londres, 1829.

Quoi qu'en aient pu dire certains écrivains, pour lesquels il est plus aisé de trancher légèrement une question que de l'examiner sous toutes ses faces, les livres destinés à résumer les principes de l'art de guérir sont encore et seront long-temps recherchés par ceux qui veulent s'initier dans les secrets de la médecine. En effet, ce ne sera jamais dans une science aussi complexe que la nôtre, dans une science dont les abords sont hérissés de tant de difficultés que des guides intelligens pourront être dédaignés. Seulement ce qu'il faut exiger de ces sortes d'ouvrages, c'est une exposition claire, complète et fidèle de ce qu'il y a de positif dans l'état actuel de la science. Assez de livres restent encore pour y consacrer les systèmes erronés, les idées spéculatives ou les rêveries de nos devanciers et de nos contemporains.

M. Ryan vient de faire en Angleterre, pour les accouchemens, ce que M. le professeur Dugès et M. Tavernier avaient fait, en France, pour la même branche de l'art et pour la chirurgie. Jugés comme ils le méritaient, ces ouvrages ont été également accueillis des étudians studieux, et il est peu de chirurgiens aujourd'hui qui ne seraient flattés d'en être les auteurs.

Ce professeur pour suppléer à quelques lacunes qui existaient dans les ouvrages du même genre, publiés avant le sien, s'est attaché à faire connaître les maladies des organes de la génération, celles qui se développent pendant la grossesse, et enfin les affections propres à l'enfant nouveau-né.

Aux mots généralement usités M. Ryan a cru devoir substituer des expressions nouvelles, telles que *gynæcotomie*, *gynæcophysiologie*, *parthénosologie*, etc., etc., qui forment autant de chapitres, dans lesquels il examine à fond toutes les questions qui s'y rapportent.

Le Manuel d'accouchement de M. Ryan est un livre destiné à devenir classique; aussi croyons-nous devoir le recommander aux étudians de Paris et de Montpellier, qui veulent être au courant des progrès de cette partie de la chirurgie chez nos confrères d'outre-mer. (M.)

Le Rédacteur principal, gérant,

L. MARTINET.

Revue médicale
Février 1850.

Fig. 1.

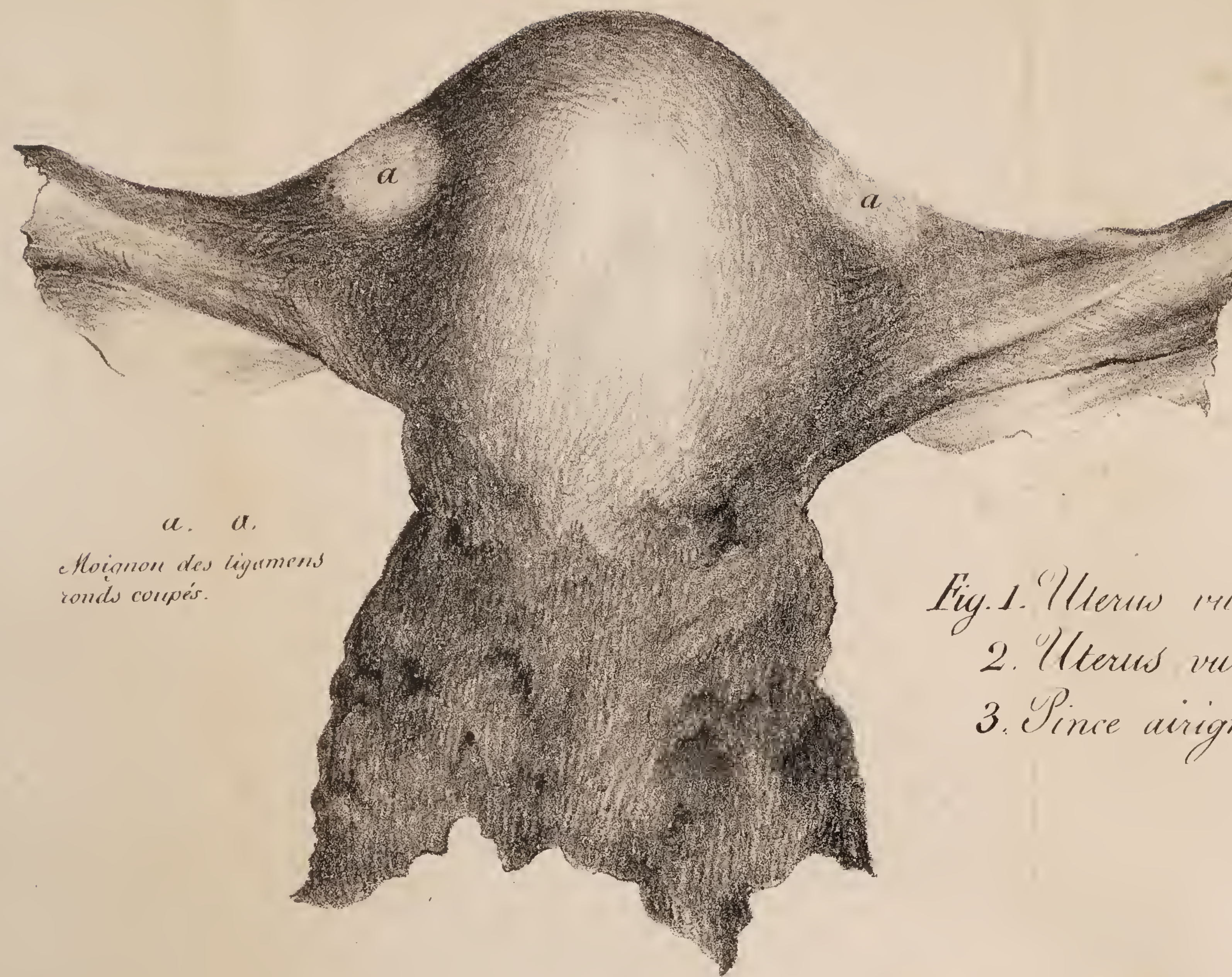
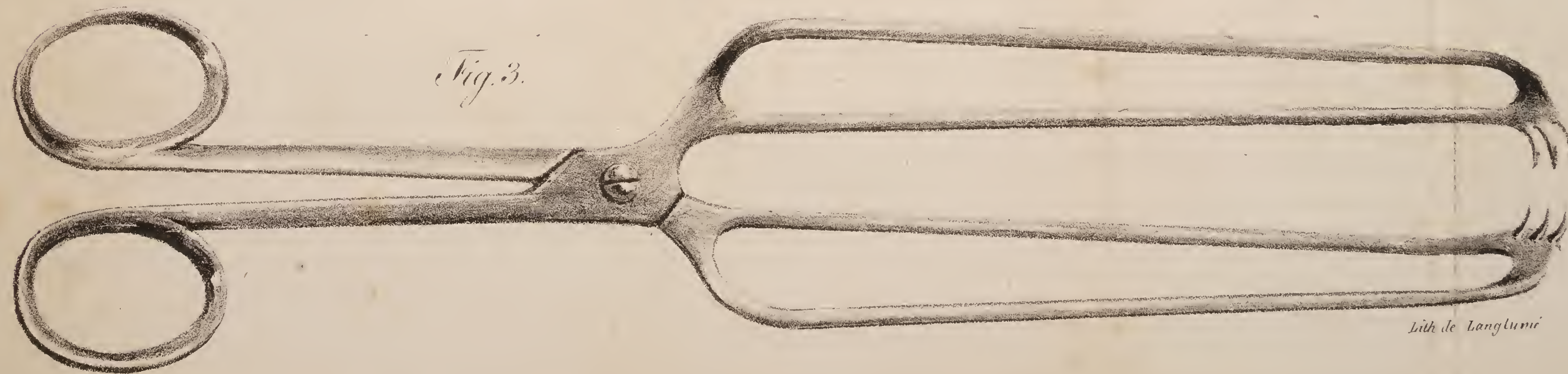


Fig. 2



Fig. 1. Uterus vu par sa face antérieure.
2. Uterus vu par sa face postérieure.
3. Pince airigne-speculum.

Fig. 3.



Lith. de Langlumé

REVUE MÉDICALE.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

CONSIDÉRATIONS

Théoriques et pratiques sur quelques cas de fièvres nerveuses, observées dans les salles de clinique de M. le professeur CAYOL;

Par J. B. LETH, docteur en médecine.

(Suite et fin.)

Après avoir, dans deux précédens articles (1), jeté un coup d'œil sur l'état actuel des doctrines médicales dans leurs rapports avec la médecine pratique, j'ai fait connaître une suite de propositions, extraites des leçons de M. le professeur Cayol, sur la force vitale et médicatrice, sur la maladie considérée de la manière la plus générale, et enfin sur la fièvre et l'inflammation, c'est-à-dire sur les principes fondamentaux de la physiologie et de la pathologie. Si je me suis bien expliqué dans l'exposition sommaire de ces principes, on a pu voir comment la grande question des fièvres *essentielles* ou *primitives*, si long-temps et si vainement controversée, se

(1) *Revue médicale*, cahiers de mai et de juillet 1829. Ces trois articles, avant d'être livrés à l'impression, ont été soumis par M. le docteur Leth, à la révision de M. le professeur Cayol, qui accepte en conséquence la responsabilité des faits et des doctrines que ces articles contiennent. Nous faisons cette déclaration pour répondre au désir manifesté par plusieurs de nos abonnés.

(Note des rédacteurs de la *Revue médicale*.)

résout naturellement dans l'expression pure et simple de quelques vérités générales aussi anciennes que la médecine, aussi évidentes que la clarté du jour : vérités que l'entraînement d'un faux système peut bien faire négliger ou même oublier, mais qui n'ont jamais été sérieusement contestées, et qui n'ont besoin que de se montrer en face pour obtenir l'assentiment universel.

Venant ensuite à l'objet spécial de ce mémoire, j'ai parlé du diagnostic des fièvres, non pas seulement du diagnostic *anatomique* suivant la routine banale de l'école, mais du véritable diagnostic, tel que l'a toujours compris *pour sa gouverne* tout médecin praticien, en un mot du diagnostic *médical*, qui consiste à reconnaître, d'une part la cause (générale ou spécifique) de la maladie, et de l'autre le mode de réaction, la *diathèse*, ou cette disposition particulière de l'organisme à laquelle répond tel ou tel modificateur thérapeutique. Je me suis surtout attaché à mettre hors de doute une vérité importante, et depuis trop long-temps méconnue, savoir, que, dans la première période des maladies aiguës, le diagnostic *anatomique* ne fournit au traitement que des indications secondaires uniquement relatives au mode d'administration de tel ou tel agent thérapeutique, tandis que les indications principales, celles qui sont relatives au choix de la médication, se tirent du diagnostic *médical*.

Le régime des maladies aiguës ou fièvres est en général le même, quelles que soient les localités affectées. Quant aux moyens d'arrêter le cours de ces maladies, ou de les diriger vers une heureuse terminaison, ils se réduisent, en dernière analyse, à deux ordres de modificateurs thérapeutiques, dont les uns agissent essentiellement sur le

système sanguin, et les autres sur le système nerveux. Pour se décider, entre ceux-ci ou ceux-là, ou bien encore pour les combiner à propos suivant l'exigence des cas, il ne s'agit pas seulement de savoir dans quel organe, ou dans quelle portion d'organe, il y a augmentation de chaleur et de sensibilité, ni dans quel point de la membrane muqueuse intestinale ou pulmonaire il y a plus ou moins de rougeur ou d'épaississement : ce qu'il importe surtout de connaître et de bien apprécier c'est l'état de la circulation et de l'innervation. C'est par-là que le médecin juge de la nature de la fièvre, et de la médication qui lui convient. Or, je le répète, c'est toujours sur la fièvre, et non sur telle ou telle affection locale, qu'agissent les médications principales, les médications dites *héroïques*, sur lesquelles repose toute la thérapeutique des maladies aiguës.

Pour citer des faits à l'appui de cette doctrine, je n'avais que l'embarras du choix : je pouvais les prendre à livre ouvert dans tous les recueils d'observations; je pouvais les emprunter aux *Annales de la médecine physiologique* comme aux Constitutions médicales de Sydenham ou de Stoll ; car ces faits sont de tous les temps, de tous les pays, de toutes les écoles. Mais au lieu de les prendre au hasard et d'en accumuler un trop grand nombre, j'ai mieux aimé en choisir quelques-uns des plus saillans et des plus tranchés, dans des genres très-divers quant aux localités affectées, afin de ne laisser aucun prétexte d'illusion ou d'équivoque.

J'ai d'abord rapporté un cas de métro-péritonite et un cas de pleurodynie. Rien de plus différent que ces deux cas considérés sous le rapport anatomique; rien de plus analogue sous le rapport thérapeutique ou médical;

Même prédominance de la réaction des centres nerveux dans les deux cas; conséquemment même diathèse, même nature de fièvre, même indication thérapeutique. L'opium, introduit dans les voies digestives, a opéré avec la même efficacité dans les deux cas. Or, comment a opéré cet agent thérapeutique? Ce n'est pas certes par une action directe et spéciale sur le système utérin dans un cas, et sur les muscles ou les nerfs des parois thoraciques dans l'autre; c'est sans aucun doute en modifiant l'action des centres nerveux: il a donc agi directement sur la fièvre. C'est par ce motif que ces deux observations, ainsi que les suivantes, ont été réunies sous la dénomination commune de fièvres nerveuses.

IIIe Observation.

Fièvre nerveuse cholérique ou cholera-morbus.

Guédon, sellier, âgé de vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatique nerveux, fut admis, le 20 juin 1828, dans la salle Saint-Charles. Il avait eu, six ans auparavant, *une fluxion de poitrine*; mais, à cela près, il avait toujours joui d'une bonne santé. Depuis trois ans qu'il habitait Paris il avait constamment suivi un bon régime.

La veille de son entrée à l'hôpital, il déjeune dès le matin, selon sa coutume, avec de la soupe et du bœuf, en quantité modérée. Vers trois heures de l'après-midi, par un temps chaud et orageux, il est pris tout à coup de vomissemens répétés auxquels se joignent bientôt des déjections alvines excessives. En même temps, froid des extrémités, altération profonde des traits, diminution rapide des forces. Les vomissemens et les déjections continuent toute la nuit. Le lendemain matin, *saignée de bras*.

Prostration complète des forces, lypothimies; déjections toujours excessives, inquiétudes et douleurs dans les jambes. C'est dans cet état qu'on le transporte à la clinique.

Le 20, à la visite, il était dans l'état suivant : prostration extrême, face cadavéreuse, yeux caves et sans expression, joues creuses, voix éteinte ; vomissemens verdâtres, déjections alvines de même nature, langue limoneuse, ventre aplati contre la colonne vertébrale; peau froide, pouls très-petit, presque insaisissable, donnant 135 pulsations par minute; soif vive. (*Eau de riz avec quinze gouttes par pinte de laudanum, bis ; potion gommeuse avec un demi-grain d'extrait gommeux d'opium ; trois demi-lavemens avec de l'eau d'amidon et dix gouttes de laudanum dans chaque ; cataplasme arrosé de laudanum sur le ventre, diète.*) Vomissemens un peu moins fréquens pendant le reste de la journée. On applique le soir deux sinapismes aux jambes.

Le 21 juin, amélioration sensible : les évacuations alvines ont complètement cessé pendant la nuit précédente, et les vomissemens ont été rares; la voix a un peu plus de force. Mais les extrémités sont encore froides et le pouls, quoique moins fréquent, a toujours la même faiblesse. (*Potion gommeuse avec laudanum et éther*, āā ℈*j; limonade végétale ; deux demi-lavemens avec la décoction de guimauve et de têtes de pavots ; cataplasme laudanisé sur le ventre ; sinapismes aux jambes, diète.*) Deux ou trois vomissemens ont encore lieu pendant la journée; cependant le malade éprouve un soulagement marqué.

Le 22, le pouls s'est un peu relevé et la chaleur est revenue aux extrémités; mais la faiblesse est toujours très-grande. Il n'y a eu pendant la nuit qu'un seul vomissement et quelques déjections alvines avec tenesme. (*Même prescription.*)

Le 23, amélioration plus marquée; le pouls a perdu de sa fréquence et a pris plus de force. Plus de vomissemens ni de déjections alvines; retour de l'appétit. (*On ajoute à la prescription deux bouillons froids.*)

Le 24, chaleur de la peau naturelle, pouls plus développé; sentiment de force et de bien-être.

Le 25, convalescence assurée. On cesse l'opium et on permet quelques alimens solides. Guérison parfaite et sortie le 30 juin.

Réflexions. Lorsqu'on observe attentivement le mode d'invasion, la marche et les symptômes du cholera-morbus, lorsqu'on examine les conditions atmosphériques ou autres sous l'influence desquelles il se développe, lorsqu'on cherche à s'expliquer sa terminaison, si souvent et si promptement mortelle, et lorsqu'enfin on compare l'insuffisance du traitement antiphlogistique aux succès merveilleux de la médication antispasmodique, il est impossible de ne pas reconnaître dans cette maladie, comme dans les deux cas précédemment rapportés, cette prédominance de la réaction nerveuse qui en est le caractère le plus essentiel, réaction d'abord locale et concentrée dans l'appareil digestif, mais qui devient bientôt générale comme l'indiquent assez les douleurs et les crampes dans les jambes, les spasmes, les convulsions, le délire, et enfin tous ces symptômes si divers et si variables qui se rapportent, en dernière analyse, au trouble de l'innervation ganglionnaire, rachidienne et cérébrale, c'est-à-dire à la réaction plus ou moins violente de tous les centres nerveux.

L'efficacité de l'opium dans ces observations me paraît difficile à contester. Cependant comme il y a des hommes, même d'un certain poids, qui affichent en médecine un

scepticisme absolu, je ferai remarquer que s'il est des cas où le doute est le propre d'un bon esprit, il en est d'autres dans lesquels c'est faire preuve de peu de jugement que de douter lorsque la raison ordonne de croire. Je ne crains donc pas d'avouer que je crois à l'efficacité de l'opium dans les cas précédemment cités, tout aussi bien que je ne puis douter, dans d'autres circonstances, des bons effets d'une saignée faite à propos. Dans l'observation troisième, comme dans plusieurs autres cas de cholera-morbus tout-à-fait analogues, et que je m'abstiendrai par cette raison de mentionner en détail, M. Cayol crut devoir joindre à l'opium l'éther sulfurique, imitant en cela la pratique de Sydenham, qui dans le traitement de cette maladie, associait avec beaucoup d'avantage les stimulans diffusibles aux narcotiques.

On objectera peut-être encore, que, dans les trois observations précédentes, la médication sédative et antispasmodique n'a pas été seule employée, que la saignée a toujours précédé l'opium, et qu'on pourrait bien, à la rigueur, attribuer aux émissions sanguines l'heureuse terminaison de ces maladies. Depuis quelque temps, l'école dite *physiologique*, devenue moins intolérante, ne repousse pas absolument les médications spéciales et spécifiques. Passez-moi la saignée, nous dit-elle, je vous passerai l'opium, le quinquina, et même les stimulans diffusibles, pourvu toutefois que vous commenciez toujours par la saignée, et que *les conditions du traitement antiphlogistique* soient *rigoureusement remplies* (1). N'étant pas en humeur de souscrire sans réserve à cette

(1) *Annales de la méd. physiol.*, cahier de décembre 1829, p. 738.

condition *sine quâ non*, je me vois obligé, pour l'acquit de ma conscience, de rapporter ici au moins un exemple de cholera-morbus guéri par le laudanum seul, et sans le préalable obligé des docteurs physiologistes.

IVe Observation.

Autre exemple de cholera-morbus (fièvre nerveuse cholérique).

Catries, tisserand, âgé de trente-un ans, blond, maigre, d'une constitution délicate et d'un tempérament bilieux-nerveux, sujet de temps à autre à un peu de diarrhée, jouissait, à cela près, d'une bonne santé, vivait régulièrement, et se nourrissait assez bien pour un ouvrier.

Le 20 juin 1828, par un temps chaud et orageux, invasion subite de la maladie par un frisson suivi de malaise fébrile. En même temps, douleurs abdominales violentes, déjections alvines répétées, et vomissemens excessifs. Les évacuations continuent presque sans relâche pendant toute la nuit, avec un sentiment de faiblesse et d'anxiété extrêmes.

C'est dans cet état que nous trouvons le malade à la visite du 21 juin. Prostration des forces, visage pâle et très-altéré, joues creuses, pupilles largement dilatées; crampes douloureuses dans les jambes; extrémités froides; pouls petit, concentré, fréquent. La matière des vomissemens et des déjections est d'un vert noirâtre. Langue couverte d'un enduit jaune, limoneux; sentiment de constriction douloureuse dans le ventre, qui est plat, et comme retiré vers le dos. (*Vingt-cinq gouttes de laudanum de Sydenham dans une potion gommeuse de trois à quatre onces; petit lait et limonade à boire alter-*

nativement pour tisane; fomentations narcotiques sur le ventre.)

Au bout de quelques heures de ce régime, cessation des vomissemens.

22 juin. Les déjections alvines continuent, mais beaucoup moins abondantes; le ventre est moins douloureux. Plus de crampes dans les jambes ni d'anxiétés; pouls presque normal. (*Même prescription.*)

23. Trois déjections alvines seulement dans les vingt-quatre heures. Plus de fièvre ni de douleurs abdominales; langue nette et fraîche. (*Même prescription.*)

24. Retour de la gaîté et de l'appétit; visage de convalescent. On cesse l'opium et on permet quelques alimens légers: des cerises cuites d'abord, puis des panades claires, du bouillon froid, etc.

Le 30, cet ouvrier demande et obtient sa sortie : il était bien portant depuis plusieurs jours.

Vᵉ Observation.

Delirium tremens (fièvre nerveuse avec délire chez un ivrogne).

Entre plusieurs exemples d'*œnomanie,* qui se sont présentés à la clinique dans ces deux dernières années, j'en choisis un qui a été remarquable par diverses circonstances propres à embarrasser le diagnostic.

Ardouin, boutonnier, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament sanguin, et d'une assez forte constitution, s'était adonné aux boissons alcooliques, au point qu'on le trouvait, plusieurs fois par semaine, dans un état complet d'ivresse. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris de frissons et de malaises fébriles, suivis de vomissemens et de diarrhée. Le 6 juin 1828, jour de son entrée à la clinique, il n'avait ni fièvre ni diarrhée; les

vomissemens avaient cessé la veille; la langue, un peu rouge à la pointe, était couverte d'un enduit jaunâtre dans le reste de son étendue. (*Bouillon aux herbes*, *orge gommé, deux demi-lavemens avec l'amidon*, *diète.*)

Après deux jours de diète et de repos, cet homme commençait à prendre du bouillon et paraissait en convalescence, lorsque le 8 juin, dans la soirée, il est pris tout à coup, sans avoir fait aucun écart de régime, d'un délire furieux : il se précipite hors de son lit, et ne peut y être maintenu qu'à l'aide de la camisole de force. Pendant la nuit, agitation extrême.

Le 9 juin, avant la visite, délire plus calme; babil sourd et incohérent. Mais à l'approche des élèves, les vociférations recommencent. Alternatives singulières de fureur et de gaîté : il répond en général avec complaisance et avec une sorte de présence d'esprit, aux questions qu'on lui adresse relativement à ses habitudes d'ivrognerie; si on lui parle d'autre chose, de ce qu'il éprouve par exemple, il répond par des plaisanteries grossières ou des saillies lubriques; c'est surtout lorsqu'on palpe le ventre, que ses propos deviennent d'une obscénité dégoûtante. Il refuse avec obstination toute boisson, et veut mordre les personnes qui lui présentent à boire. La face est rouge, le pouls est médiocrement fréquent, et assez développé, la peau chaude et halitueuse; la langue, qu'on parvient à grand peine à faire sortir de la bouche, est rouge et un peu tremblotante, mais large et humide. (*Saignée de deux palettes*, *limonade végétale.*) Le délire continue pendant toute la journée et durant la nuit du 9, avec la même intensité; la face, de rouge qu'elle était le matin, est devenue pâle.

Le 10, le délire persiste, mais il a changé d'objet : le

malade se croit au milieu d'une bande de voleurs qui en veulent à ses jours. (*Extrait gommeux d'opium, un demi-grain toutes les quatre heures.*) La journée se passe comme celle de la veille; le soir on augmente la dose de l'opium, de telle sorte que du 10 au 11 dans la matinée, le malade en a pris cinq grains.

Le 11, à la visite, même état que la veille, avec un peu plus de sensibilité à l'épigastre; chaleur très-prononcée vers la tête. M. Cayol, résumant de nouveau toutes les circonstances de la maladie, craint de s'être mépris sur la nature de la fièvre, qu'il avait jugée nerveuse; il se décide à tâter de nouveau les antiphlogistiques, et prescrit vingt sangsues à l'épigastre. Mais tandis qu'on se dispose à exécuter cette prescription, elle devient inutile : l'effet de l'opium se manifeste, et à 10 heures du matin, peu de momens après la visite, le malade s'endort paisiblement jusqu'à quatre heures après midi. A son réveil, quoiqu'il délire encore, il est pourtant beaucoup plus calme, et exprime lui-même un sentiment de mieux être; on lui donne un bouillon le soir, et pendant la nuit il goûte encore quelques heures de sommeil.

Le 12, la raison est revenue presque entièrement. (*Petit lait gommé; deux bouillons.*)

Le 13, il ne reste plus qu'un peu de faiblesse; depuis plusieurs jours il n'y a point eu de selles. (*Bouillon aux herbes, huile de ricin ℥ j; petit lait; deux soupes.*)

Le 16, convalescence. On prescrit quelques alimens solides.

Le 23 juin, santé parfaite : le malade demande sa sortie, et, s'il faut l'en croire, il a le vin en horreur.

Réflexions. Dans l'observation qu'on vient de lire, il a existé des symptômes précurseurs qu'on n'observe pas

toujours au début du delirium tremens. Ce sont ces symptômes qui ont fait penser à quelques médecins que le délire des ivrognes est symptomatique, et dépend d'une irritation de l'estomac.

Le tremblement musculaire, généralement regardé comme caractéristique de la maladie, n'a pas été remarqué chez ce malade avant l'invasion du délire ; et, pendant son extrême agitation, on n'a constaté qu'un léger tremblement de la langue. Quant au délire crapuleux et érotique, il a été porté au plus haut degré d'intensité.

Une circonstance assez remarquable, et qui, je crois, n'a pas été notée par les auteurs, soit anglais soit français, qui ont écrit sur le delirium tremens, a été observée pendant la convalescence ; c'est une aversion très-prononcée pour le vin, qui contraste avec cette appétence extrême des boissons alcooliques, qui caractérise une variété du delirium tremens, décrite sous le nom de *displomanie*.

VIe Observation.

Fièvre nerveuse avec cécité et trismus, suite d'une colique saturnine méconnue.

Un peintre en bâtimens, âgé de vingt-sept ans, blond, maigre et pâle, mais assez vigoureux, éprouve, pendant quelques jours, des douleurs de ventre avec nausées et vomissemens. Ses père et mère, chez lesquels il travaillait, reconnaissent à ces symptômes la colique de plomb, dont il avait eu déjà plusieurs atteintes, et se mettent en devoir de le traiter eux-mêmes. Il prend d'abord deux grains d'émétique dans trois verres d'eau, et le surlendemain un purgatif. Il se trouve mieux pendant quelques jours. Ensuite les douleurs reviennent, et l'on se décide à appeler un médecin. Celui-ci, homme instruit et recommandable, mais trop imbu peut-être de certaines

théories, ne voit dans le cas dont il s'agit que les symptômes d'une *gastro-entérite*. En conséquence, diète rigoureuse, eau de gomme, et 20 sangsues sur le ventre, qu'on fait largement saigner sous un cataplasme. Les jours suivans, les douleurs n'ayant pas cédé, nouvelles applications de sangsues (30 en deux fois) : les dernières fournissent une énorme quantité de sang. Continuation de la diète, des boissons aqueuses, etc. Convalescence incertaine. Plus de douleurs vives dans le ventre; plus de nausées ni de vomissemens. Inquiétudes et douleurs erratiques dans les jambes, dans les bras, dans le dos et dans la tête; affaiblissement notable de la vue; déjections alvines rares, mais en général liquides. Le malade reste faible, exsangue, languissant. Il demande avec instance quelques alimens qu'on lui refuse. Cependant il commence à se lever ou plutôt à se traîner péniblement, et à descendre un peu dans sa boutique.

Tel était son état le 21 juillet 1829 dans la matinée (12me jour de la maladie). Tout à coup il est saisi d'une douleur violente à la tête; il y porte ses deux mains en criant : *Je n'y vois plus clair, je n'en puis plus;* il chancelle sur ses jambes, le regard incertain, égaré, et la parole embarrassée; bientôt il ne fait plus que balbutier quelques mots inintelligibles; on le transporte dans son lit. Il perd complétement la vue et la parole. Des lavemens purgatifs et de forts sinapismes aux jambes ne changent rien à son état.

A dix heures du soir, M. le professeur Cayol est appelé en consultation. Il reconnaît les suites d'une colique saturnine, et conseille, mais presque en désespoir de cause, d'administrer sur-le-champ un purgatif drastique, et d'en venir immédiatement après à l'opium. La nuit

se passe sans qu'on ait rien fait de tout cela, soit à cause de la difficulté de l'exécution, les mâchoires étant serrées et la déglution très-difficile, soit à cause de quelques hésitations du médecin ou de la famille. Le lendemain matin, on apporte le malade à la clinique au moment même de la visite. Il est examiné aussitôt en présence de tous les élèves, et devient le sujet de la leçon du jour. Voici quelle était alors sa situation.

Décubitus sur le dos, face pâle, pupilles largement dilatées et immobiles, cécité complète; serrement tétanique des mâchoires; roideur moins forte, mais assez prononcée, des muscles de la partie postérieure du col et du tronc; agitation automatique des membres, surtout des jambes; quelques cris inarticulés de temps en temps. Peau médiocrement chaude et sèche; pouls petit, concentré, fréquent (environ cent dix pulsations par minute). Ventre plat, contracté, un peu élevé dans la région hypogastrique. La vessie paraît contenir une assez grande quantité d'urine sans être tout-à-fait distendue.

On entr'ouvre de force les mâchoires, et l'on parvient, avec beaucoup de peine, à faire avaler de deux à trois gouttes d'huile de *croton tiglium* dans une cuillerée de tisane. On fait en même temps, avec la même substance, une embrocation autour de l'ombilic. Dans le cours de la journée et dans la nuit, le malade évacue quatre ou cinq fois dans son lit : les déjections sont liquides et aqueuses. La déglutition est moins difficile. On parvient, du soir au matin, à faire avaler trois grains d'extrait gommeux d'opium, dans une potion de trois à quatre onces, par cuillerées.

Le lendemain 23 juillet, à la visite, on constate une légère amélioration : les pupilles se contractent un peu;

et tandis que M. le professeur Boyer introduit une algalie dans la vessie, le malade exprime la douleur que lui cause cette opération par un juron bien articulé. M. Cayol prend acte de ce fait comme de très-bon augure, et d'ailleurs comme confirmatif de l'indication. Il prescrit huit grains d'opium à prendre dans les vingt-quatre heures. (On a retiré par le cathéterisme environ une pinte d'urine.)

Le 24, au matin, les huit grains d'opium ont été pris exactement, ce qui fait onze depuis avant-hier; et la maladie est jugée. Ce jeune homme croit sortir du tombeau ou d'une profonde léthargie. Il ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé depuis deux jours. Il promène autour de son lit des regards étonnés, ne sachant pas encore où il est, et paraissant tout surpris d'apprendre qu'il est dans un hôpital. Il a eu, depuis hier, trois déjections alvines copieuses, et ses urines ont coulé naturellement. Il a recouvré la vue et la parole; ses pupilles sont très-contractiles. Il ne lui reste enfin de sa maladie qu'une certaine faiblesse de tête, et un trouble de la vue qui ne lui permet pas de fixer long-temps un objet. Il n'éprouve aucune espèce de douleur, et ne se plaint que de n'avoir pas dormi la nuit. La fréquence du pouls est peu diminuée. On continue l'opium à la même dose que la veille.

Le 25, le trouble de la vue est complétement dissipé, et le pouls est descendu à quatre-vingt-seize pulsations. Cependant le malade n'a pas encore dormi, à ce qu'il assure. On diminue par degrés la dose de l'opium, et on le cesse entièrement le 29 juillet.

A cette époque, retour du sommeil et de l'appétit. Convalescence parfaite.

J'ajouterai, comme complément de l'observation, qu'ayant revu cet ouvrier aujourd'hui 20 mars 1830, j'ai appris de lui et de ses parens que depuis sa sortie de l'hôpital, qui date d'environ huit mois, il a constamment joui d'une fort bonne santé. Il n'a pas eu la plus légère récidive de colique ni de mal de tête, ni de douleur d'aucune sorte, quoiqu'il travaille beaucoup à la peinture.

Voilà certes un beau fait de médecine pratique. Il ne pouvait manquer de faire une grande impression sur les nombreux élèves qui en furent témoins, et qui tous s'attendaient à une *belle autopsie*.

Cependant, qui le croirait? un médecin s'est effrayé de cette guérison, et a cru devoir la dénoncer à son public comme un succès dangereux, qu'il n'aura garde sans doute d'imiter! Ce médecin est M. Charbonnier, l'un des rédacteurs des *Annales physiologiques*. Voici dans quels termes il expose et juge tout ensemble le fait dont il s'agit. Je ne changerai pas une syllabe aux paroles de M. Charbonnier. « Parmi les articles empruntés à d'au- » tres journaux, on trouve une observation de colique » des peintres traitée *heureusement* par M. Cayol au moyen » de l'opium et de stimulations du tube digestif telle- » ment *téméraires* que cette guérison est du nombre de » celles qui font *trembler* les médecins *prudens*. » (*Annales de la méd. physiol.*, octobre 1829, pag. 496.)

Que de choses dans ce peu de lignes! On y voit d'abord que quelques mots de certaines plumes suffisent pour rappetisser, pour défigurer et pour rendre tout-à-fait méconnaissable le fait le plus clair et le plus positif. On y voit de plus que le fait ainsi dénaturé souffre sans résistance les interprétations les plus étranges. Enfin on

y voit que les adeptes du physiologisme sont *prudens*, je dirai même craintifs et méticuleux dans l'intérêt de leur école : ils *tremblent* en voyant guérir un malade par quelques grains d'opium. Mais, en revanche, ils sont bien tranquilles, quoi qu'il advienne, lorsque, suivant leur formule étroite et routinière, *les conditions du traitement antiphlogistique ont été rigoureusement remplies.* C'est ainsi qu'ils comprennent la médecine.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU.

Par M. Gibert, agrégé.

Appelé temporairement à seconder M. Récamier dans l'enseignement clinique, je rassemblerai dans cet article la substance de quelques faits qui, quoique assez vulgaires en apparence, ne m'ont cependant pas paru dénués de tout intérêt dans le moment présent. J'y joindrai les remarques que l'observation de ces faits m'a suggérées.

I. *Ulcérations intestinales. — Pustules de l'intestin*, etc. — Les ulcérations intestinales liées à la diarrhée siégent spécialement dans l'intestin grêle chez les jeunes gens, et dans le gros intestin chez les vieillards. Les enfans, je crois, se rapprochent un peu, sous ce rapport, du dernier âge de la vie ; ils offrent souvent des altérations dans le cœcum et le colon ; le rectum lui-même, assez souvent affecté chez les vieillards, ne laisse pas non plus que d'être assez fréquemment malade dans l'enfance.

Première observation. — Éruption pustuleuse du gros intestin. — Une femme, âgée d'une soixantaine

d'années, atteinte d'une maladie du cœur, et chez laquelle nous soupçonnions la présence d'ulcères intestinaux, succomba après avoir éprouvé de la diarrhée et même quelques vomissemens. L'autopsie nous révéla l'existence d'une éruption pustuleuse fort remarquable dans le gros intestin. L'intérieur du cœcum et du colon, quelques points même du rectum offraient de véritables *pustules* de la grosseur d'un grain de chènevis environ, d'un blanc jaunâtre, contenant, les unes, une matière laiteuse, les autres, un pus bien élaboré et jaunâtre. Ces pustules, tout-à-fait comparables à celles qui forment l'un des ordres élémentaires de la pathologie cutanée, faisaient saillie çà et là à la surface muqueuse de l'intestin, dont l'*épithélium* paraissait avoir été soulevé par le pus et séparé du chorion, comme, dans les pustules cutanées, l'épiderme est soulevé par le liquide sécrété, soit par le tissu réticulaire de la peau (pustules superficielles, *impetigo*), soit par les follicules (pustules profondes, *variole*, *acné*, etc.); elles étaient assez distantes les unes des autres. La muqueuse environnante était épaissie, rougeâtre et semée d'une multitude de points mélaniques dans le cœcum, rouge et épaissie dans le rectum, peu altérée dans sa couleur dans une assez grande étendue du colon. Dans plusieurs points, spécialement dans le rectum, de petites ulcérations rondes avec destruction complète ou incomplète de la muqueuse avaient succédé aux pustules; quelques-unes, en se réunissant, avaient formé des ulcères plus étendus, quoiqu'en général d'une assez petite dimension. L'aspect de ces ulcérations était tout différent de celui des ulcères de l'intestin grêle, si fréquens dans la fièvre catarrhale grave des jeunes gens. Chez le sujet dont nous parlons, on

n'observait point dans l'iléum de développement morbide des plaques folliculeuses de *Peyer;* seulement, la muqueuse de la fin de l'intestin grêle était rosée, pénicillée, finement injectée.

Beaucoup d'auteurs modernes ont révoqué en doute l'existence d'éruptions pustuleuses proprement dites sur les membranes muqueuses internes. M. Andral ne les mentionne même pas dans son *Précis d'Anatomie pathologique*, ou, du moins, il ne paraît pas croire qu'il puisse se former d'autres pustules intestinales que celles, si irrégulières et si imparfaites, auxquelles donnent quelquefois naissance l'engorgement et la suppuration des follicules muqueux. Il est en effet probable que, dans la plupart des cas, et en particulier dans ceux où l'on a cru à la propagation d'une éruption cutanée, de la variole par exemple, aux surfaces muqueuses internes, les observateurs s'en sont laissé imposer par la ressemblance grossière que peuvent présenter, avec les boutons de la peau, les follicules muqueux développés. Cette ressemblance était assez marquée dans le cas suivant que nous avons observé à l'Hôtel-Dieu, au commencement de cette année.

Deuxième observation. — Variole confluente. — Une femme âgée de 24 ans, non vaccinée, ayant eu tout récemment ses règles sous forme hémorrhagique, fut prise d'une fièvre vive, au troisième jour de laquelle se montra une éruption variolique qui ne tarda point à devenir confluente. Au huitième jour (onzième de la maladie), la période de maturation était établie; les pustules très-nombreuses, surtout au visage où elles étaient plus confluentes que partout ailleurs, étaient aplaties, la plupart non ombiliquées, d'un blanc jau-

nâtre; la langue et l'isthme du gosier étaient envahis par l'éruption; il y avait aphonie, toux, oppression, embarras et douleur dans la poitrine et dans le trajet de la trachée, fièvre vive, abattement, décubitus sur le dos. La malade succomba le onzième jour de l'éruption, dans un état de prostration et d'asphyxie lente bien connue des praticiens qui savent que le danger extrême des varioles confluentes paraît tenir à deux causes principales, savoir : l'infection du sang par résorption du pus contenu dans cette foule de pustules, ou mieux, peut-être, par défaut de dépuration suffisante du sang (le pus ne paraissant pas distendre suffisamment les pustules cutanées trop nombreuses qui restent affaissées et aplaties), et l'obstruction des voies aériennes qui, outre que leurs abords sont interceptés par l'inflammation et la tuméfaction de l'isthme du gosier qui se propagent plus ou moins à la muqueuse du larynx et de la trachée, sont, de plus, pénétrées par un air chargé des miasmes et des exhalaisons fétides qui se dégagent de la bouche et de la gorge en suppuration.

A l'examen du cadavre on vit la peau décolorée, les pustules cutanées, aplaties, opaques, d'un blanc légèrement jaunâtre, contenant un peu de pus semi-concret, qui avait soulevé l'épiderme et l'avait détaché du tissu réticulaire enflammé, rougi et excorié; le derme lui-même était rougi et épaissi. La base de la langue était couverte de pustules qui paraissaient bien s'être formées aux dépens des follicules volumineux qui siégent en cette partie. La muqueuse pharyngo-laryngée était rougie et tuméfiée, surtout aux environs de l'ouverture du larynx; la rougeur se continuait dans le larynx, la trachée et les divisions bronchiques qui étaient revêtues de mucosités puriformes épaisses. Les poumons, qui étaient

unis au diaphragme et à plusieurs points des parois thoraciques par des adhérences intimes et anciennes, étaient engorgés et engoués. Il n'y avait que peu ou point de sang dans le cœur et les gros vaisseaux; aussi, la tunique interne de ces organes était-elle restée blanche. La muqueuse œsophagienne était blanche, mais enduite de mucosités épaisses. L'estomac, très-petit, fortement contracté, offrait à l'intérieur des plicatures nombreuses et rouges; les follicules muqueux de ce viscère étaient tellement développés, surtout le long de la grande courbure, que les saillies blanchâtres, avec point central indiquant l'orifice de la cavité du follicule, qu'ils formaient à la surface de la muqueuse, présentaient véritablement de l'analogie avec les pustules blanchâtres, aplaties et ombiliquées de la peau. La membrane interne de l'iléum était injectée et arborisée; les orifices des follicules de l'S du colon et du rectum étaient tellement dilatés, qu'on aurait pu les prendre, au premier abord, pour des ulcérations commençantes.

Si, dans ce cas, l'apparence d'une éruption pustuleuse de l'estomac était trompeuse, il n'en était point de même dans le fait que nous avons rapporté plus haut, où de véritables pustules, bien différentes de ces saillies granulées et quelquefois tuberculiformes que forment les follicules engorgés et agglomérés, s'étaient formées à la surface de l'intestin par un mécanisme tout-à-fait semblable à celui qui préside au développement des éruptions pustuleuses de la peau. Il serait d'ailleurs possible que d'autres pustules, se formant dans les follicules muqueux, dussent encore être rapprochées des éruptions cutanées; car, s'il faut en croire quelques observateurs modernes, plusieurs de ces éruptions siégent aussi dans

les follicules. C'est ainsi qu'on a placé le siége des pustules de l'*acné* (dartre pustuleuse disséminée) et de celles de la variole dans les follicules cutanés (1).

Troisième observation. — Ulcérations tuberculeuses de l'intestin. — J'ai lu, avec quelque surprise, dans l'ouvrage de M. Andral que j'ai cité plus haut, que les ulcérations intestinales des phthisiques étaient rarement, comme on le croyait à tort, la suite de tubercules formés sous la muqueuse. Ce mode de formation me paraît du moins avoir été évident dans le cas suivant :

Une femme, qui succomba en proie à tous les accidens de la phthisie pulmonaire, et sur laquelle nous reviendrons dans un autre article, en traitant des *granulations pulmonaires*, nous offrit plusieurs ulcérations à la fin de l'intestin grêle. Ces ulcérations étaient petites, rondes, faites comme un emporte-pièce qui aurait enlevé la muqueuse dans les points ulcérés ; elles semblaient bien avoir succédé à la fonte de tubercules sous-muqueux : on trouvait en effet çà et là, soulevant la membrane interne de l'iléon, de petits tubercules miliaires agglomérés, et formant ainsi de petites masses arrondies de la grosseur d'un grain de chènevis, dont la saillie, la forme, le siége concordaient tout-à-fait avec l'aspect des ulcérations précédentes. Ces tubercules contenaient une matière blanche et grumeleuse bien différente de la matière purulente contenue dans les pustules intestinales que nous avons décrites plus haut.

Quatrième observation. — Ulcérations intestinales de la fièvre catarrhale grave ou dothinentérite. — Ces ulcérations, si bien décrites par MM. Petit et Serres, et

(1) *Voy.* le Mémoire de M. Deslandes, *Revue médic.*, t. III, 1824.

plus anciennement par Sarcone, par Rœderer et Wagler, etc., sont bien celles qui paraissent avoir pour siége le plus ordinaire les follicules muqueux de l'intestin grêle, et, en particulier, les plaques agminées de *Peyer*. Chez un homme d'une trentaine d'années que nous perdîmes à la fin du troisième septenaire de la maladie, nous trouvâmes l'iléum rempli de ces plaques folliculeuses tuméfiées, saillantes, engorgées et dévorées par des ulcérations elliptiques, végétantes, de quelques lignes à un pouce et plus d'étendue. Ce malade ne cessa, jusqu'au jour de sa mort, de réclamer impérieusement des alimens, se sentant, disait-il, un extrême appétit, et se plaignant qu'on le laissait mourir de faiblesse.

Cinquième observation. — Ulcérations du gros intestin. — Nous avons dit, en commençant cet article, que, tandis que chez les jeunes gens les ulcérations intestinales qui entretiennent la diarrhée, ont presque toujours leur siége dans l'iléum, chez les individus plus avancés en âge, au contraire, c'est surtout dans le gros intestin que ces ulcérations se rencontrent. Nous pouvons citer à l'appui de cette remarque, l'observation d'une femme âgée de cinquante et quelques années, qui succomba aux progrès d'une phthisie pulmonaire, et chez laquelle nous trouvâmes la muqueuse du cœcum et du colon, jusque auprès du rectum, rougie, épaissie et dévorée par de larges et profondes ulcérations, à fond grisâtre ou rougeâtre, à bords saillans et tuméfiés, dont quelques-unes avaient plusieurs pouces d'étendue, tandis que l'iléum, presque exclusivement affecté chez les phthisiques d'un âge moins avancé, offrait à peine quelques légères excoriations, quoique la muqueuse présentât aussi de la rougeur et de la tuméfaction dans ce lieu.

Sixième observation. — Squirrhe ulcéré du colon. — Quoiqu'on ait dit que le squirrhe et le cancer de l'intestin étaient la suite de l'irritation de la muqueuse; quoiqu'on ait été jusqu'à assimiler les indurations squirrheuses du tube digestif à ces engorgemens calleux du tissu cellulaire sous-cutané qui environnent les anciens ulcères..., il n'en reste pas moins vrai que, dans l'intestin comme dans toute autre partie du corps, ces altérations organiques sont des dégénérations spéciales qu'on ne saurait nullement assimiler aux suites ordinaires de l'inflammation, ainsi que le veulent faire plusieurs auteurs modernes, qui n'ont pas même l'air de se douter qu'ils ne font que rajeunir des idées vieillies, et que, bien loin de faire avancer la science sous ce rapport, ils tendraient plutôt à la faire rétrograder, en renouvelant des théories victorieusement réfutées par les travaux des Bayle, des Laennec, etc. Quoi qu'il en soit, il me paraît certain que, dans l'intestin comme dans l'estomac, le squirrhe se forme ordinairement dans le tissu cellulaire sous-muqueux, et que, dans le plus grand nombre des cas, lorsque la membrane muqueuse elle-même vient à s'affecter, cette altération n'est que consécutive et paraît bien plutôt l'effet que la cause des progrès du squirrhe et du cancer. Aussi, voit-on dans le squirrhe intestinal, une tumeur se former, des douleurs s'y faire sentir, le cours des matières être plus ou moins gêné par l'obstacle mécanique formé par l'engorgement des parois du canal qu'elles ont à parcourir, et ce n'est ordinairement qu'à une époque avancée que la muqueuse elle-même est atteinte, que la diarrhée survient. Cette marche paraît bien avoir été celle de la maladie, dont nous allons indiquer les points principaux.

Un homme de 32 ans, malade depuis environ neuf mois, arrivé à un état cachectique caractérisé par un marasme squélettique avec altération du teint devenu d'un jaune paille, portait dans le flanc gauche, vers la région iliaque, un engorgement dur, volumineux, étendu, bosselé, médiocrement sensible à la pression, qui paraissait avoir son siége principal dans la fin du colon lombaire gauche et le commencement de l'S iliaque. Dans les premiers temps de la maladie, de l'embarras, de la pesanteur, puis, plus tard, des douleurs pongitives et lancinantes se firent sentir dans ce lieu; un purgatif administré fut suivi d'augmentation des accidens. D'abord, les selles avaient été plutôt retardées qu'accrues, et le dévoiement n'avait commencé à s'établir que depuis deux à trois mois. Actuellement, des évacuations alvines fréquentes et répétées jusqu'à vingt fois dans un jour, tantôt sanguinolentes, tantôt purulentes, donnaient lieu de soupçonner que le squirrhe s'était ulcéré et ouvert à l'intérieur de l'intestin. La malade ne tarda point à succomber, et l'autopsie confirma le diagnostic porté pendant la vie. Une masse squirrheuse du volume du poing, comprenant la fin du colon lombaire gauche et le commencement de l'S iliaque, s'était développée au-dessus de la fosse iliaque et avait déterminé l'adhérence des viscères malades avec l'intestin grêle voisin et une péritonite récente dans le voisinage (faussesmembranes, sérosité trouble épanchée dans la cavité du péritoine). La portion lombaire gauche du colon, d'une part, et l'S iliaque d'autre part, venaient s'aboucher à une énorme cavité cancéreuse formée par une ampliation considérable de l'intestin converti en une sorte de sac à parois épaisses et dures, dont l'intérieur offrait une surface noirâtre, inégale,

mamelonée, couverte d'une sorte de putrilage grisâtre, ayant, en un mot, l'aspect du plus hideux ulcère carcinomateux. La muqueuse, détruite dans ce lieu, présentait au-dessus et au-dessous de l'ulcère plusieurs points rouges et épaissis; quelques petites ulcérations existaient même dans le rectum. Au-dessus de l'ulcère carcinomateux, les parois de l'intestin n'offraient encore que le squirrhe commençant; elles étaient dures, épaissies, les tissus intermédiaires aux deux tuniques externe et interne (restées intactes) étant indurés, squirrheux et présentant à la coupe une surface blanche, homogène, analogue à la substance du navet.

Septième observation. — Cancer de l'estomac simulant l'entérite. — Une vieille femme, qui affirmait n'être malade que depuis dix jours, offrait, lors de son entrée à l'hôpital, tous les symptômes d'une entérite aiguë (coliques, dévoiement, ventre volumineux et douloureux, pouls fébrile) qui parut céder au traitement antiphlogistique dans l'espace d'une semaine. Mais la malade ayant fait un écart de régime, une rechute eut lieu, et la maladie marcha rapidement vers une terminaison funeste: des vomissemens avec épigastralgie survinrent et furent attribués au développement d'une gastrite surajoutée à l'entérite; le visage se décolora et devint jaune paille, les extrémités s'infiltrèrent, et la malade succomba huit jours environ après le retour des accidens. A l'ouverture du corps on ne trouva aucune lésion de tissu dans le canal intestinal qui offrait seulement une teinte légèrement grisâtre, mais on découvrit avec surprise une énorme masse cancéreuse qui occupait le grand cul-de-sac de l'estomac. Ce cancer ayant une étendue plus grande que celle de la paume de la main, et faisant une

saillie de demi-pouce de hauteur environ à l'intérieur de l'estomac, était composé d'une base blanche, dure, lardacée, fibro-squirrheuse, que recouvrait une couche mélanique de 2 à 3 lignes d'épaisseur, dure, noire, inégale, mamelonée, comme végétante, et cependant non ulcérée.

II. *Ulcérations buccales.* — *Aphthes.* — Les aphthes, sorte d'affection *vésiculeuse* de la bouche (1), dans laquelle une exhalation concrescible s'opère au-dessous de l'*épithelium*, ne sont ordinairement suivies, même lorsqu'elles sont confluentes et étendues, que d'excoriations superficielles qu'il ne convient guère de désigner sous le nom d'ulcérations.

Il n'en est pas de même de certains ulcères quelquefois très-étendus et en apparence très-profonds (apparence qui tient sans doute, en grande partie, à la tuméfaction inflammatoire des parties environnantes), qui se montrent chez plusieurs sujets au fond de la bouche, au-devant de la branche de la mâchoire inférieure, embrassant assez exactement la dernière molaire d'en bas. L'étiologie de ces ulcérations ne m'est pas bien connue; quelquefois il m'a paru qu'elles étaient le résultat d'une fluxion liée à la pousse difficile de la dent de sagesse. Quoi qu'il en soit, il est arrivé plusieurs fois qu'on les a prises pour des ulcères vénériens, lesquels n'ont jamais

---

(1) Cette affection a paru même à Bateman offrir tant d'analogie avec les maladies vésiculeuses de la peau, qu'il a cru devoir mentionner les aphthes dans l'ordre des *vésicules*, quoiqu'elles siégent sur les membranes muqueuses. (*Voy.* son Abrégé pratique des maladies de la peau.)

ni le même siége, ni le même aspect, ou qu'on a voulu les traiter par des cautérisations qui, la plupart du temps, sont inutiles ou ne deviennent nécessaires qu'à la fin du traitement, lorsque, ce qui est rare, ces ulcérations ne se cicatrisent point complétement sous l'influence du traitement antiphlogistique (sangsues sous la mâchoire, cataplasmes, gargarismes adoucissans, pédiluves, lavemens, régime sévère).

Ce traitement est beaucoup moins efficace et beaucoup moins sûr dans ses effets dans les *aphthes*, lesquelles offrent encore ce point de conformité avec les affections vésiculeuses de la peau (*eczema*, *herpes*, etc.), qu'elles nécessitent assez souvent des remèdes spéciaux, et en particulier, des applications acides et astringentes.

Huitième observation. — Aphthes. — Deux femmes, couchées dans la salle Saint-Lazare à la fin du mois de janvier de cette année, avaient la langue et les parois de la bouche couvertes d'aphthes assez douloureuses. L'une de ces femmes était arrivée au dernier degré d'une phthisie pulmonaire avec diarrhée colliquative; l'autre, accouchée depuis près d'un mois, avait aussi quelques symptômes d'entérite, du dévoiement, un peu de fièvre. Chez toutes deux, on voyait bien distinctement que les aphthes étaient de véritables vésicules formées par le soulèvement de l'*épithélium* séparé du tissu réticulaire de la membrane muqueuse par une exsudation concrète blanche et opaque. De ces vésicules, les unes, confluentes, formaient des plaques blanches assez étendues; les autres, isolées et séparées par des intervalles où la membrane avait conservé son aspect ordinaire, n'avaient guère un volume plus considérable que celui d'une tête d'épingle ordinaire. Chez ces deux femmes, d'ailleurs, il

était évident que les aphthes, comme cela arrive quelquefois, n'étaient qu'un épiphomène lié probablement à l'affection de la muqueuse intestinale. Dans un autre cas que j'ai observé en ville, les aphthes existaient seules et d'une manière indépendante.

Neuvième observation. — Aphthes. — C'était chez un jeune homme âgé de 25 ans, pâle, maigre, d'une constitution assez débile, traité et guéri deux ans auparavant d'une maladie vénérienne. Un peu enrhumé depuis un mois, ce jeune homme fut pris à la fin de l'hiver de frissons, de malaise, de céphalalgie, d'un léger mouvement fébrile, auxquels se joignit bientôt une éruption à la face interne des joues, sur la langue, les gencives et le palais, de plusieurs vésicules blanches ayant environ la grosseur d'un grain de chènevis, dont quelques-unes s'excoriaient et laissaient après elles de petites ulcérations très-superficielles, arrondies, grisâtres. Un sentiment d'ardeur et de cuisson très-incommode (tout-à-fait particulier à ce genre d'éruption, et offrant peut-être quelque analogie avec celui que causent l'*herpes* cutané, le *zôna*, etc.) existait dans la bouche; les gencives étaient un peu tuméfiées, la langue couverte d'un enduit épais, la sécrétion salivaire légèrement augmentée; quelques légers engorgemens glandulaires existaient sous la mâchoire. Pendant plusieurs jours, le mal augmenta malgré les sangsues appliquées sous la mâchoire, les cataplasmes, les gargarismes adoucissans, les pédiluves, etc. Vers le milieu de la seconde semaine, il commença à décroître; la guérison était à peu près achevée le quinzième jour; un gargarisme légèrement astringent, deux purgatifs doux avaient paru l'accélérer.

Deuxième observation. — Aphthes et *ulcération*

buccale. — Une femme que j'ai eu également à traiter en ville dans l'hiver de 1824, m'offrit la réunion des excoriations aphtheuses et de l'ulcération buccale particulière que j'ai indiquée plus haut. Traitée deux ans auparavant, par la liqueur de Van-Swieten, de chancres primitifs avec écoulement blennorrhagique, cette femme, d'une constitution un peu rachitique, sujette aux époques menstruelles à avoir des aphthes dans la bouche, avait été affectée, l'année précédente, au mois de décembre, d'un mal de gorge qui, après avoir résisté aux moyens ordinaires, céda à l'usage d'un gargarisme avec addition de sublimé, que l'on fit suivre d'un nouveau traitement complet par la liqueur de Van-Swieten à l'intérieur, et les bains de sublimé à l'extérieur. Lorsque je fus consulté pour la première fois par cette malade au commencement de décembre 1824, elle avait repris d'elle-même l'usage de la liqueur de Van-Swieten, pour se débarrasser de croûtes accompagnées de prurit qui se formaient dans le nez, et qu'elle attribuait à un reste de mal vénérien, par une sorte de préoccupation morale très-familière aux individus qui ont été une première fois atteints de ce mal dégoûtant. Depuis quelques jours, elle avait discontinué le remède, parce qu'elle avait cru s'apercevoir qu'il augmentait une affection de la bouche qui lui était survenue et qu'elle attribuait à l'influence des approches de l'époque menstruelle. Sur ces entrefaites, elle s'était fait extraire un chicot de la mâchoire inférieure, et, sous l'empire de toutes ces circonstances réunies, la bouche était devenue le siége des altérations suivantes : 1° ulcération blanchâtre, assez étendue, embrassant la dernière molaire du côté droit de la mâchoire inférieure ; quelques petites excoriations couenneuses su-

perficielles sur la face interne de la joue; 2° quelques autres excoriations aphtheuses sous la langue; 3° tuméfaction douloureuse de la joue, engorgemens sous-maxillaires, etc. Les jours suivans, de nouvelles vésicules aphtheuses, suivies d'excoriations superficielles avec douleur et cuisson, se formèrent au palais. L'ulcération buccale, dépouillée d'une couenne qui la recouvrait, paraissait étendue et profonde : il existait de la salivation. Les règles survinrent et amenèrent une amélioration assez sensible. Des sangsues appliquées auparavant sous la mâchoire n'avaient guère procuré de soulagement. Une nouvelle éruption aphtheuse se montra aux gencives et au palais après les règles terminées, s'accompagnant d'un sentiment de brûlure et de cuisson fort pénible. Les émolliens et les narcotiques ne procurant que peu où point de soulagement, l'ulcération buccale ayant diminué d'étendue et paraissant beaucoup moins enflammée, on fit usage, avec beaucoup de succès, d'un gargarisme acide et astringent très-usité dans le traitement des aphthes, et composé de miel rosat, de borax et d'acide sulfurique (à la dose d'un scrupule sur 8 onces d'excipient) : mais la dose de l'acide sulfurique ayant été élevée à un gros, les dents furent vivement agacées, et leur éclat fut sensiblement terni. Cet inconvénient grave des gargarismes acides demande qu'on surveille bien leur action, surtout chez les femmes; heureusement que chez celle qui fait le sujet de cette observation, cet effet ne fut que temporaire, car je crois que la malade m'aurait difficilement pardonné, si ses dents avaient été noircies d'une manière durable. L'ulcération buccale diminuée, en partie cicatrisée, devenue vermeille et bourgeonnante, fut touchée à plusieurs reprises avec un col-

lutoire composé de miel rosat, de laudanum et d'acide muriatique, puis cautérisée deux fois avec la pierre infernale. La guérison était complète après environ un mois de traitement.

Onzième et douzième observations. — *Ulcérations buccales.* — Sur un jeune homme couché dans la salle Sainte-Magdeleine pendant les vacances dernières, les élèves qui suivaient la visite purent bien constater les caractères et la marche de cette ulcération singulière qui embrasse ordinairement la dernière molaire de la mâchoire inférieure. Ce jeune homme affirmait n'avoir jamais eu de maladie vénérienne, et cependant on l'avait reçu comme affecté d'ulcérations syphilitiques de la bouche; mais c'était un soupçon mal fondé. L'ulcération buccale, d'abord très-large et très-profonde, accompagnée de tuméfaction inflammatoire des parties environnantes, arriva graduellement à une entière guérison, au bout d'environ trois semaines, par le seul emploi des moyens antiphlogistiques, et sans qu'aucune application locale eût été faite sur l'ulcère. Il en fut de même d'un jeune homme que j'observais en ville quelques mois auparavant; mais n'ayant point rédigé ces deux observations d'une manière détaillée, je préfère retracer ici la suivante recueillie dans ma pratique particulière, dans l'été de 1827, comme propre à bien faire connaître les caractères de ce genre d'ulcération.

Un jeune homme, âgé de vingt-quatre ans, traité deux ans auparavant par la liqueur de Van-Swieten d'un chancre du prépuce, et ayant eu à la fin du traitement une salivation qui parut favorisée par quelques excès de table, puis, plus tard, atteint d'une légère angine tonsillo-pharyngée qui persista à un faible degré pendant quel-

ques semaines, enfin, affecté d'une alopécie temporaire (ces derniers accidens, attribués par le malade à l'influence du virus, furent avec raison regardés par le médecin comme des effets du remède), vint me consulter le 7 août 1827, pour un mal dans la bouche qui le faisait beaucoup souffrir, et surtout qui tourmentait vivement son esprit toujours préoccupé de la persistance d'un reste de virus vénérien non entièrement détruit. Déjà même, un de ses amis, étudiant en médecine, qu'il avait consulté, lui avait prescrit un nouveau traitement mercuriel.

Le mal datait d'une huitaine de jours environ; les gencives s'étaient d'abord tuméfiées et étaient devenues douloureuses; une première dent de sagesse avait commencé à pousser à la mâchoire inférieure du côté droit; une ulcération assez large s'était formée dans le voisinage au fond de la bouche; quelques excoriations aphtheuses avaient paru sur l'amygdale gauche.

J'examinai avec soin l'état des parties, et voici quel fut le résultat de cet examen :

Il n'y avait que trois grosses molaires de chaque côté aux deux mâchoires; une quatrième commençait à paraître à la fin de l'arcade dentaire de la mâchoire inférieure du côté droit; la gencive était fortement tuméfiée; à la partie postérieure, et à la région voisine de l'intérieur de la joue, existait une large ulcération qui embrassait et coiffait, pour ainsi dire, la dent de sagesse et la troisième grosse molaire. Cette ulcération, environnée d'une tuméfaction et d'un engorgement fluxionnaire assez étendus, sensibles même à l'extérieur, avait à peu près l'étendue d'une pièce d'un franc : elle était arrondie, un peu allongée, assez creuse et couverte d'une sorte de couenne pseudo-membraneuse d'un blanc jau-

nâtre sale. Sur l'amygdale du côté opposé se voyaient quelques petites excoriations aphtheuses superficielles ; les gencives étaient un peu tuméfiées ; la bouche se remplissait de salive à chaque instant. La mastication était impossible. Le malade souffrait assez pour ne pouvoir dormir. Il y avait à l'extérieur, au bas de la joue droite et sous la mâchoire, un peu de tuméfaction fluxionnaire.

Je commençai par calmer l'imagination alarmée du malade, en lui affirmant que des accidens, tout semblables à ceux qu'il éprouvait, se voyaient parfois chez des sujets qui n'avaient jamais contracté de mal vénérien, et je réussis à lui persuader que chez lui le développement de ces accidens s'expliquait très-bien par le travail d'évolution de la dent de sagesse, et peut-être aussi par la susceptibilité que pouvait avoir acquise la muqueuse buccale depuis le traitement mercuriel antérieur.

Des sangsues sous la mâchoire, des cataplasmes, des pédiluves, des boissons laxatives, un gargarisme adoucissant, du laitage pour aliment procurèrent une amélioration notable. L'ulcère se dépouilla de la pseudo-membrane qui le recouvrait, devint vermeil, bourgeonnant, et était déjà diminué de moitié, lorsqu'on crut devoir hâter le travail de la cicatrisation par deux applications de pierre infernale.

Au bout de trois semaines environ la guérison était complète, et deux ans et demi se sont écoulés depuis sans aucun accident nouveau.

Chez un autre individu arrivé à la fin d'un traitement antivénérien par la liqueur de Van-Swieten, je viens de voir aussi se manifester un léger degré d'ulcération buccale analogue à celle qui fait le sujet de l'observation

précédente; mais je pense que le mal s'arrêtera à ce degré, le traitement ayant été cessé sur-le-champ, et des adoucissans ayant été prescrits.

III. *Ulcérations syphiliques des orteils.* — Si l'on n'avait sans cesse occasion en médecine de se rappeler cette sentence d'un de nos meilleurs auteurs : *præjudicata opinio judicium delet*, on aurait quelque peine à comprendre comment des hommes qui ne sont pas entièrement ignorans ont pu contester, non-seulement l'existence du virus vénérien, mais encore la spécificité des effets qu'il produit, et les succès du remède spécifique qui les combat si énergiquement. Semblables à ces prétendus philosophes qui, dans leur amour pour le *progrès des lumières*, voudraient nous faire rétrograder jusqu'à l'état sauvage, nos sceptiques modernes voudraient sans doute reporter la science au point où elle était lors de l'apparition de la maladie vénérienne en Europe, et peut-être appelleraient-ils aussi cela un *progrès !*

Treizième observation. — Une femme, couchée dans la salle Saint-Lazare pendant les vacances de l'année dernière, portait depuis long-temps des ulcérations aux orteils, que l'on se bornait à panser avec du cérat. Cette femme, d'abord un peu négligée parce qu'on l'avait regardée comme atteinte de la *maladie épidémique* de Paris, ayant été examinée avec plus de soin, la nature du mal fut facile à reconnaître, et la guérison facile à obtenir. Des *tubercules plats* largement ulcérés existaient aux faces correspondantes de chacun des orteils des deux pieds. Le siége de ces ulcérations, leur couleur grisâtre, la coloration cuivrée et la saillie tuberculeuse de la base large qui les supportait, la résistance qu'elles avaient opposée à des pansemens simplement adoucis-

sans, etc., formaient des élémens de diagnostic suffisans pour que, sans nous laisser arrêter par les dénégations de la malade qui disait n'avoir point eu de mal vénérien, nous n'hésitassions nullement à prescrire un topique mercuriel, affirmant que, dès les premiers jours de son emploi, une amélioration rapide aurait lieu. A peine, en effet, eut-on substitué au cérat simple un cérat mêlé par moitié à de l'onguent mercuriel, que les ulcérations se détergèrent et prirent un aspect vermeil, que leurs bases endurcies prirent la voie de la résolution, et en moins de deux semaines la guérison fut obtenue.

VI. *Métastases. — Quatorzième observation — Accidens de péricardite alternant avec une douleur à la jambe.* — Une femme que l'on traitait d'une simple bronchite fut prise tout à coup, au milieu d'un état qui constituait plutôt une simple indisposition qu'une maladie sérieuse, de tous les accidens qui peuvent faire soupçonner la péricardite : douleur vive dans la région du cœur, forçant la malade à s'incliner à gauche, othopnée, battemens du cœur précipités et obscurs, pouls fréquent et irrégulier, etc. Une saignée de bras, des sangsues, des dérivatifs aux extrémités calmèrent les accidens qui achevèrent complétement de se dissiper, lorsqu'une douleur vive, sans gonflement ni rougeur, se manifesta dans la partie antérieure de la jambe droite. Quelques onctions calmantes modérèrent cette douleur ; mais, à peine eût-elle cédé que de nouveaux accidens vinrent assaillir la malade. Une douleur vive sous le sein gauche, gênant les mouvemens, la respiration et la toux, avec accélération fébrile du pouls, se manifesta et en même temps la douleur de jambe disparut tout-à-fait. Une application de sangsues fut faite sur le lieu douloureux, un

vésicatoire fut placé sur la jambe droite, et la douleur qui occupait ce membre ayant reparu sous l'influence de ce révulsif, les accidens thoraciques cessèrent de nouveau. Peu de temps après cette femme sortie guérie de sa douleur et de la bronchite qui avait motivé son admission à l'hôpital.

Quinzième observation. — Zona supprimé par l'apparition d'une névralgie sciatique. — Quoique cela ait été contesté dans ces derniers temps, on sait qu'il n'est pas rare de voir des douleurs profondes, assez analogues aux douleurs névralgiques, occuper les régions du corps où se manifeste l'éruption de l'*herpes zoster*. Mais ordinairement cette éruption parcourt néanmoins ses périodes accoutumées; je ne sache même pas qu'on ait jamais vu cet *herpes* suspendre brusquement sa marche et, pour ainsi dire, avorter dès son début, comme je l'ai observé dans les deux cas suivans, où la névralgie sciatique a paru agir d'une manière révulsive sur l'affection cutanée, que l'on admette ou non, d'ailleurs, que ce soit cette affection elle-même qui se soit transportée sur le nerf par une sorte de métastase.

Chez deux femmes qui se succédèrent dans le même lit, à peu de distance l'une de l'autre, une névralgie sciatique préexistant dans le membre abdominal gauche, et des groupes vésiculeux d'*herpes zoster* se montrèrent çà et là sur la cuisse et la jambe; mais, au lieu de s'accroître, de se développer, de parcourir, en un mot, la marche accoutumée du *zona*, elles se séchèrent et se flétrirent presque dès leur début, et, du quatrième au cinquième jour, on ne voyait presque plus de traces de l'éruption. La douleur névralgique s'étant accrue en même temps, et paraissant, par une sorte de révulsion, s'opposer au

développement de l'affection cutanée, un large vésicatoire fut alors appliqué dans le double but de rappeler l'éruption ou de la remplacer, et de combattre la névralgie. La révulsion nouvelle, opérée par cet agent énergique, lutta en effet avec beaucoup d'avantage contre la douleur profonde ; mais, comme si cette irritation cutanée artificielle avait emprunté une partie des caractères de l'éruption qu'elle remplaçait, la surface du vésicatoire devint très-douloureuse, et fut pendant quelques jours le siége de ces élancemens qui parcourent la profondeur des tégumens dans le zona. Ces deux femmes, d'ailleurs, furent promptement guéries.

V. — *Lésions matérielles consécutives à des émotions morales et à des affections nerveuses.* — Ce point de doctrine est des plus intéressans, mais j'attendrai, pour le traiter avec le développement qu'il mérite, que j'aie réuni des matériaux suffisans. Je me bornerai pour le moment à exposer succinctement un fait dans lequel il m'a semblé que la lésion matérielle, trouvée dans le cerveau, était évidemment consécutive à une lésion vitale, et je terminerai cet article en citant un passage de Van-Swieten, dans lequel sont fort bien exposés quelques-uns des argumens propres à soutenir cette doctrine de la formation consécutive des altérations organiques, qui paraît si ridicule à ces savans qui ne veulent voir, pour ainsi dire, dans l'homme malade qu'un cadavre.

Seizième observation. — Aliénation mentale. Congestion cérébrale épileptiforme mortelle. — Un homme de cinquante et quelques années, vivement affecté d'une perte d'argent qu'il venait d'éprouver, tomba dans une sorte de démence avec gêne de la parole intermittente, assez équivoque d'abord pour qu'on pût croire, lors de

son entrée à l'Hôtel-Dieu, qu'il simulait un état d'imbécillité. Après un séjour d'une semaine environ, il fut pris tout à coup, au moment où l'on songeait le moins que sa vie pût courir quelque danger, de convulsions épileptiformes, auxquelles il succomba au bout de quelques heures. Une altercation, qu'il avait eu la veille avec des femmes qui étaient venues le voir, fut la seule cause à laquelle cet accident pût être rapporté. La mort parut accélérée par des phénomènes de suffocation déterminés par quelques gouttes d'éther qu'on s'efforça de faire avaler au malade au milieu de l'agitation convulsive qu'il éprouvait, et qui parurent s'être introduites dans la trachée.

A l'ouverture du corps, on trouva les traces d'une congestion cérébrale générale et intense, seule altération matérielle qu'on rencontre fréquemment chez les sujets qui meurent dans des convulsions, et, en particulier chez les épileptiques. La moelle épinière n'offrit point d'altération. On découvrit seulement deux petites incrustations cartilagino-osseuses entre la pie-mère et le feuillet médullaire de l'arachnoïde spinale, dans la région dorsale. La muqueuse aérienne était rougie et les poumons gorgés de sang.

« Homo (dit Van-Swieten, *Comment. Aph. Boerr.*, » de Melanchol.), uti in physiologicis docetur, constat » binis distinctis inter se unitis, mente nimirùm et cor- » pore; quæ, licet naturâ differant, tamen liquet per certa » observata, mentem et corpus ita se habere inter se, « ut » cogitationes mentis singulares determinatis corporis » conditionibus semper jungantur » (Boerr. *Inst. med.*); » et contrà, eædem cogitationes in mente natæ, absque » prægressâ mutatione corporis, si diù maneant impri-

» mis, *producant in corpore similem conditionem*, ac
» fuerat illa, quæ præexistens in corpore excitaverat in
» mente easdem cogitationes. Et licet ex illis, quæ de
» mente et corpore intelligimus, nulla pateat evidens
» ratio, undè hæc bina diversa in se mutuò agere, vel
» à se invicem pati queant tamen effectum observatione
» constat illud fieri. Docuit Sanctorius in aphorismis sta-
» ticis hilaritatem in mente nasci, dum liberrima fit per
» superficiem corporis perspiratio : sed et simul notavit,
» lætitiâ in mente notâ, augeri perspirationem. Contrà,
» perspiratione impeditâ in corpore percipi gravitatis sen-
» sum, in mente nasci tristitiam : ubi autem tristi nun-
» cio subitò percellitur homo, perspiratio supprimitur,
» corpus grave sentitur. Dum paroxysmo hystherico
» corripitur mulier, inflatur sæpè ventriculus et intole-
» rabilem facit anxietatem, tantum que animi mœrorem,
» ut vitæ quandoque tædeat : soluto spasmo, emittuntur
» ructus, cessat anxietas, et redit pacatæ menti serenitas.
» Verùm talis mulier, si insigni afficiatur contumeliâ,
» mox eadem mala patitur in corpore, dum sola mens
» in cogitatione mutatur. Meningum cerebri inflammatio
» ex homine modesto facit furibundum, phreneticum, in
» obvios quosvis insilientem magnâ ferociâ. Verùm ira
» summa toties produxit lethalem phrenitidem. Pluri-
» bus certè hoc assertum probari posset exemplis, sed
» recensita, ut puto, sufficient. Idem jam obtinet mani-
» festè in melancholiâ; dùm enim uni et eidem cogitationi
» inhæret perpetuò mens, nascitur in corpore illa hu-
» morum cacochymia, quam atram bilem dixerunt vete-
» res medici, cujus indoles in sequentibus explicabitur :
» et contra ubi talis humorum degeneratio ab aliis causis
» nata fuit, uni et eidem cogitationi inhæret homo
» etiàm et repugnans. »

Qu'a-t-on dit de mieux, je le demande, depuis Van-Swieten, sur l'influence réciproque du moral et du physique? Croirait-on qu'on a pu préférer à ce langage simple et vrai, fondé sur la plus rigoureuse observation des faits, des sophismes et des assertions tranchantes? Il est vrai qu'aujourd'hui on loue plus Cabanis qu'on ne lit ses ouvrages, et que déjà l'on a bien su apprécier à leur juste valeur les théories mesquines de Georget.

MÉMOIRE

Sur une nouvelle méthode de pratiquer la taille sous-pubienne,

par M. Colombat.

Quoique la cystotomie (1) remonte à la plus haute antiquité, elle est restée dans son enfance jusqu'au seizième siècle; les effets presque toujours meurtriers de cette opération pratiquée avant cette époque par des hommes qui n'avaient aucune connaissance positive en anatomie, expliquent assez les motifs qui avaient dicté l'écrit si connu sous le nom de *Serment d'Hippocrate*, mal à propos attribué au père de la médecine.

C'est avec raison que l'on a dit qu'aucune opération chirurgicale n'avait, plus que la cystotomie, captivé l'attention des auteurs et excité le zèle des chirurgiens. Si je devais donner ici une description détaillée de tous les

(1) Du grec κυστις, la vessie; τεμνεω, inciser.

procédés proposés ou mis en usage pour pénétrer dans la vessie, un gros volume me suffirait à peine; d'ailleurs je m'écarterais du but que je me suis proposé, qui est seulement d'exposer en peu de mots une nouvelle méthode de pratiquer la taille. Cependant j'ai cru avant de donner la description de mon procédé, afin que l'on puisse le comparer aux autres, devoir indiquer très-succinctement les quatre méthodes qui, aujourd'hui, sont à peu près les seules employées par les praticiens, et faire précéder ces détails d'une courte esquisse des cas nombreux où la cystotomie doit être préférée à la lithotritie.

Cette dernière découverte chirurgicale est un bienfait presque aussi grand que la vaccine, puisque comme elle, dans un cercle heureusement plus restreint, elle tend à anéantir un des plus terribles fléaux de l'humanité, en l'affranchissant de la plus cruelle des maladies et de la plus dangereuse des opérations.

Malgré les nombreuses plaisanteries qui accueillirent en France les premières idées de broyer les calculs dans la vessie, les succès prédits à la lithotritie par des hommes éclairés se vérifient tous les jours, et fortifient cette opinion émise alors, que cette ingénieuse découverte serait bientôt dans un grand nombre de cas, la méthode la plus généralement employée, parce qu'elle est moins effrayante, moins douloureuse dans son application et presque toujours plus heureuse dans ses résultats.

Malheureusement pour l'espèce humaine, la lithotritie, dans l'état actuel de la science, n'est applicable que sur un certain nombre d'individus : vouloir tenter cette opération dans les cas d'exception que je vais signaler, serait d'abord la compromettre et exposer ensuite les malades à recourir plus tard à la cystotomie, ce qui les mettrait

alors dans des circonstances beaucoup moins favorables.

Les cas assez nombreux où la lithotritie est contre-indiquée et où la taille doit être pratiquée de préférence, sont les suivans :

1° Chez les enfans au-dessous de cinq ans.

2° Chez les personnes affectées de catarrhes chroniques de la vessie, ou ayant quelques altératious des reins.

3° Chez celles qui ont un rétrécissement considérable du canal de l'urètre, la prostate très-volumineuse, la vessie partagée en cloisons dites à colonnes, ou étant d'une capacité très-petite, ou d'une irritabilité excessive.

4° Dans les cas de calculs très-nombreux, très-volumineux, très-durs, qui ont pour noyau des corps qu'il serait impossible de broyer, tels que des boules d'acier, des fragmens de baguette de fer, des morceaux de verre, enfin toutes les fois que les calculs sont enchatonnés.

5° Dans certains cas d'exostoses de l'arcade des pubis et des ischions, d'hypospadias, d'épispadias, d'engorgement de la prostate qui empêche l'introduction d'une sonde d'un grand diamètre; cette maladie est très-fréquente chez les vieillards affectés de calculs dont le séjour s'est prolongé long-temps dans la vessie.

6° La lithotritie enfin, ne peut être employée chez les individus très-irritables sujets aux spasmes de l'urètre, qui se contracte tellement, lors même que le cathéterisme est pratiqué par des mains très-habiles, qu'il est impossible d'introduire l'instrument lithotriteur, sans donner lieu à des douleurs très-vives et à des convulsions générales. L'emploi de cette opération dans les cas de calculs très-nombreux, nécessiterait l'introduction trop fréquente de l'instrument et serait capable de déterminer des inflammations consécutives portées à un tel degré que les

malades pourraient succomber, ou qu'au moins on serait obligé de renoncer à la lithotritie pour recourir à la taille dans des circonstances peu favorables.

On va peut-être, d'après ce que je viens de dire, me regarder comme un détracteur de la méthode de broiement, quoiqu'il n'y ait peut-être pas un chirurgien plus ardent défenseur et plus zélé partisan de cette heureuse découverte pour laquelle j'ai fait un grand nombre de modifications, afin de rendre l'opération plus prompte, plus sûre et moins douloureuse, au moyen de nouveaux instrumens que j'ai imaginés, dont je ferai le sujet d'un mémoire que je suis dans l'intention de publier avec des planches dans un autre numéro de la *Revue médicale.*

Mais comme je suis loin d'être un enthousiaste outré qui veut dans tous les cas employer les mêmes moyens, je crois que, malgré le peu d'accidens mortels qui suivent la lithotritie, on doit, dans presque toutes les contre-indications que je viens de signaler préférer la cystotomie, quoique cette dernière opération soit plus effrayante, plus douloureuse, et offre des succès beaucoup plus incertains.

Dans l'état actuel de la science, les méthodes de pratiquer la taille, presque les seules employées par les chirurgiens, sont au nombre de quatre principales.

La première, dite *latéralisée*, consiste à faire une incision qui commence à onze ou douze lignes du bord antérieur de l'anus, et qui, du raphé s'étend suivant une direction oblique, jusqu'au point de réunion du tiers externe avec les deux tiers moyens d'une ligne horizontale qui se rendrait de la tubérosité de l'ischion au centre de l'anus, et à pénétrer dans la vessie en coupant son col, la prostate et la portion membraneuse de l'urètre.

Je parlerai plus tard de tous les inconvéniens de cette méthode dont on trouve quelques traces dans Franco, mais qui a été proposée par le frère Jacques de Beaulieu et depuis perfectionnée par les travaux successifs de Raw, de Cheselden, de Ledran, de Moreau, de Lecat, de Ponteau, du frère Côme, d'Hawkins, etc. Elle a reçu également de nos jours des modifications par MM. Thompson, Guérin de Bordeaux, Dupuytren, Boyer, et surtout par M. Lisfranc, qui, avec une admirable dextérité et une promptitude étonnante, pénètre du premier coup dans la vessie, avec un couteau à amputation de largeur et de longueur médiocre.

La seconde méthode dite *recto-vésicale*, paraît avoir été d'abord proposée dans le seizième siècle par un chirurgien allemand nommé Vegetius, qui publia son procédé à Bâle; *jubet per vulnus recti intestini et vesica culeo lapidem ejicere*, dit Haller en parlant de cet auteur. Mais ce n'est qu'en 1817 que M. Sanson publia une description de cette manière de pratiquer la cystotomie qui consiste à pénétrer dans la vessie de la manière suivante : placer un cathéter confié à un aide qui doit le maintenir dans une direction verticale; porter deux doigts dans le rectum, inciser profondément l'intestin et la vessie dans l'espace triangulaire qui se trouve compris entre les deux vésicules séminales, puis charger le calcul.

Cette méthode qui a été plus ou moins modifiée par MM. Vacca Berlinghieri, Géri, Barbantini, Urbain de Luxembourg, a été accueillie froidement par les chirurgiens français, car il n'y a en France, si je ne me trompe, que *son auteur*, MM. Dupuytren et Janson de Lyon, qui

l'aient employée ; les résultats presque toujours fâcheux qu'on a obtenus l'ont fait rejeter, et confirment assez les nombreux inconvéniens qu'on lui a reproché.

La troisième méthode dite *bilatérale*, qui selon quelques personnes, paraît d'abord avoir été entrevue par Celse, et plus tard conseillée par Franco, a été mise en faveur de nos jours, par Chaussier, Béclard, MM. Ribes et Dupuytren. Le procédé de ce dernier chirurgien consiste à introduire un cathéter dans l'urètre et la vessie, à inciser le périnée, la portion membraneuse de l'urètre, à diriger ensuite son lithotome à deux lames dans la vessie, et enfin à écarter les lames de cet instrument que l'on retire ouvert pour diviser le col de la vessie et la prostate de manière à partager ces parties en deux moitiés, l'une antérieure et l'autre postérieure.

Cette méthode, qui a été couronnée de brillans succès, a l'avantage de n'intéresser aucune branche d'artères qui puisse fournir une hémorragie inquiétante, et n'expose pas comme dans les procédés que nous venons d'indiquer, à la lésion du rectum et des canaux éjaculateurs ; mais elle a, comme toutes les autres tailles prosatiques, le grave inconvénient de ne présenter qu'une incision en boutonnière dont le diamètre vertical est toujours extrêmement petit, ce qui oblige l'opérateur qui veut extraire un calcul un peu volumineux, de déchirer la prostate et le tissu fibreux qui l'entoure, à moins qu'il ne prolonge l'incision horizontale au-delà des bornes de la base de cette glande, dont le tissu dense ne peut plus s'opposer aux infiltrations et aux fistules urinaires que déterminent toujours l'inflammation du tissu cellulaire abondant dans cette région. Ce dernier accident, à mon avis le plus redoutable de tous, est celui qui fait le plus de victimes. La

cystotomie bilatérale n'offre donc des avantages réels et incontestables que dans les cas de petits calculs.

La quatrième méthode dite *hypogastrique* ou *sus-pubienne*, qui aujourd'hui fixe l'attention de plusieurs praticiens très-distingués, à la tête desquels on trouve MM. le professeur Cruveilhier, Souberbielle, Amussat, Civiale, Tanchou, Rigal, etc, fut pratiquée pour la première fois vers l'an 1556, par Franco, et a été employée par Rousset, Groby, Fabrice de Hilden, Douglas, Groenvelt, Cheselden, Macgill, Thornhill, Berryer, Heister, Bonnet, Morand, le frère Côme. Elle avait été abandonnée depuis long-temps; ce n'est que depuis peu d'années, que quelques praticiens s'en sont occupés spécialement; c'est bien le cas de dire avec Horace, dans son Art poétique : « *Multa renascentur quæ jam cecidere, cadentque quæ nunc sunt in honore.* » MM. Lisfranc et Dupuytren, ont employé également la taille sus-pubienne, mais les succès peu favorables de cette méthode, mise en pratique par des mains aussi habiles, prouvent qu'elle a des inconvéniens capables de rendre les praticiens plus timides et plus réservés dans son emploi.

La taille par le haut appareil consiste à inciser les tégumens de l'hypogastre immédiatement au-dessus de la symphyse du pubis, et à pénétrer dans la vessie par sa partie antérieure et supérieure, après avoir fait saillir cette poche membraneuse, soit en injectant de l'eau pour augmenter son volume, soit en l'ouvrant de dedans en dehors avec une sonde à dard, portée dans ce viscère par le canal de l'urètre, ou par une plaie faite à ce canal au bas du périnée. Cette méthode paraît être actuellement employée avec quelques succès par plusieurs jeunes chirurgiens, entre autres par M. Amussat, dont nous al-

lons rapidement décrire le procédé qu'il a divisé en six temps.

Premier temps. Injection d'eau tiède dans la vessie; un aide tient la verge pour empêcher la sortie du liquide.

Deuxième temps. Inciser la peau au-dessus du pubis, sur la ligne médiane dans l'étendue de trois travers de doigt; fendre la ligne blanche à partir du pubis seulement, de manière à pouvoir y entroduire le doigt indicateur gauche.

Troisième temps. Plonger dans la vessie le bistouri conduit par l'indicateur gauche.

Quatrième temps. Explorer la vessie avec le doigt, agrandir l'ouverture de la vessie, et celle de la ligne blanche, si c'est nécessaire; charger la pierre avec les tenettes et l'extraire.

Cinquième temps. Introduire une grosse canule courbe, la fixer dans l'angle inférieur de la plaie.

Sixième temps. Réunir par première intention le reste de la plaie avec des bandelettes de diachylon, des compresses graduées et un bandage de corps.

Parmi les inconvéniens de cette méthode doivent être rangées en première ligne les infiltrations urineuses dans le tissu cellulaire du bassin, les péritonites consécutives et les lésions du péritoine. La crainte de ces accidens presque toujours mortels, doit rendre les praticiens très-circonspects dans l'emploi de ces moyens chirurgicaux, même avec les modifications qu'on vient d'y apporter. Je vais actuellement parler du procédé opératoire que je propose.

Cystotomie prostatique quadrilatérale.

Quoique je ne rejette pas toujours la cystotomie hypo-

gastrique, surtout lorsqu'elle est pratiquée d'après les modifications de M. Amussat, je regarde comme très-dangereuses les plaies du corps de la vessie, et n'hésite pas de dire que, parmi toutes les méthodes proposées jusqu'à présent, les plus rationnelles et les plus sûres sont celles qui consistent à extraire par l'ouverture naturelle de la vessie, les corps étrangers qui se trouvent dans cet organe.

Pour parvenir à ce résultat on a imaginé plusieurs procédés opératoires qui consistent à agrandir l'orifice vésical, en y faisant une incision dans un seul sens; cette incision, qui comme une boutonnière n'a qu'un grand diamètre horizontal ou vertical selon la méthode employée, ne peut permettre le passage facile d'un corps sphérique, souvent volumineux et couvert d'aspérités, sans que l'on soit obligé d'employer de grands efforts et d'exercer des tractions si violentes qu'il en résulte des déchirures et des contusions qui non-seulement retardent la cicatrisation de la plaie, mais qui amènent souvent tous les accidens mortels que j'ai déjà signalés.

Un nouveau procédé, qui comme celui que je propose aujourd'hui paraît prévenir une grande partie des inconvéniens que l'on reproche à la taille sous-pubienne, vient d'être proposé et décrit dans une thèse, par le docteur Vidal; ce procédé consiste à faire avec un bistouri boutonné quatre incisions obliques sur la prostate et le col de la vessie, afin d'obtenir ainsi une dilatation qui puisse permettre à un gros calcul de franchir facilement l'orifice vésical sans avoir besoin de dépasser la base de la prostate, et sans qu'il y ait de déchirures et de contusions des bords de la plaie.

Ce procédé, ainsi que celui que je propose, qui est

d'une plus facile exécution, est basé sur des considérations anatomico-chirurgicales, si bien indiquées par M. Vidal, que la crainte que j'ai d'affaiblir la solidité de sa critique et la justesse de ses idées, m'a engagé à faire précéder la description de ma manière d'opérer d'une partie de ces considérations générales, après avoir donné quelques détails anatomiques sur lesquels se trouve basée la taille quadrilatérale.

Dans toutes les méthodes de cystotomies sous-pubiennes, la prostate est l'organe dont il faut le mieux connaître les dispositions, et surtout les diamètres, qui sont au nombre de quatre principaux : le vertical, l'horizontal et les obliques. Le premier, chez l'adulte, est de huit à dix lignes ; le second, de seize à dix-huit, et les deux obliques qui sont les plus grands, sont de vingt à vingt-deux, et même vingt-quatre lignes. Si l'on veut estimer les rayons de la prostate, en prenant pour centre celui du col de la vessie, on trouve dans l'état normal : six à sept lignes pour le rayon médian inférieur, deux à trois pour le médian vertical supérieur, huit à neuf pour les deux transverses, neuf à dix, et quelquefois davantage, pour les obliques inférieurs, cinq à sept pour les obliques supérieurs. Si on dépasse ces limites on coupe infailliblement la membrane fibreuse très-forte et peu extensible qui entoure la prostate ; c'est cette gaîne prostatique et la base de cette glande, qu'il importe de ménager pour éviter les infiltrations. On n'a pas à craindre alors la lésion du rectum, des vésicules séminales et du lacis veineux prostatique, qui souvent occasione des hémorrhagies considérables.

« En me voyant, dit M. Vidal, débrider dans quatre sens différens, on va m'accuser de vouloir morceler la

prostate et la portion de l'urètre qui la traverse; si on lit avec attention la description du procédé que je propose, on verra d'abord que l'urètre ne sera jamais partagé qu'en deux segmens comme dans la taille bilatérale, puisque des quatre incisions, il n'y aura que celles qui porteront sur les rayons obliques inférieurs, qui se prolongeront jusqu'au sommet de la prostate. Le débridement qui aura lieu sur les rayons obliques supérieurs, ne portera absolument que sur le bourrelet qui est formé autour de l'orifice vésical, par la base de la prostate. Le reste de cette glande est respecté sur ces deux points, et par conséquent, la portion de l'urètre qui y correspond; en un mot la taille ne sera *quadrilatérale* que sur le col de la vessie, là où se trouvent les plus grands obstacles à la sortie de la pierre. L'incision extérieure, celles du sommet et du corps de la prostate, seront faites tout comme dans la taille bilatérale.

» Mon but, comme on doit déjà l'avoir compris, est d'avoir une grande dilatation, et cela sans dépasser les bornes de la base de la prostate, en un mot, d'extraire les calculs d'un grand volume, en évitant les accidens qui suivent les efforts nécessaires à leur extraction dans les autres méthodes, et tous ceux qui sont le résultat d'un débridement porté trop loin.

» Pour apprécier tous les avantages et les dangers des tailles prostatiques employées chaque jour lorsqu'il faut extraire un calcul volumineux, examinons ce qui se passe à la suite des plaies de la prostate produites par des incisions ou des déchirures.

» Quand l'incision que l'on fait à la prostate n'a pas dépassé les bornes de sa base, quand la section a été bien nette, à l'instant le tissu de la glande se gonfle, les sur-

faces de l'incision se rapprochent, et l'urine ne pouvant passer par cette plaie, reprend son cours par l'urètre; alors il peut se faire que l'urine passe, pendant quelque temps, par l'incision extérieure, et il peut arriver aussi qu'en moins de cinq jours elle traverse en entier le canal de l'urètre. Rien ne prouve mieux ce que j'avance ici, que le succès que Béclard obtint à la suite de la taille bilatérale; en moins de trois heures après l'opération, le malade rendit les urines par la verge. Les choses ne se passent pas si bien quand les plaies de la prostate, au lieu d'être simples, sont sinueuses, inégales, enfin quand elles sont le produit d'une déchirure, surtout quand de petites portions de la glande ont été détachées, comme cela arrive lorsqu'on arrache avec violence un calcul hérissé d'aspérités. Dans ces cas, en supposant même que les déchirures n'aient pas dépassé les bornes de la prostate, il peut se faire des infiltrations urineuses; et, quand cet accident funeste n'a pas lieu, il peut survenir des fistules intarissables. M. Vidal a observé, et j'ai vu également moi-même, cette dernière circonstance à la suite de la cystotomie bilatérale; l'urine passait encore par la plaie, plus d'un mois après l'opération, époque où a succombé le malade, qui était un jeune enfant; je dois dire ici qu'on avait eu beaucoup de peine pour extraire le calcul, parce que le débridement n'avait pas été fait convenablement.

« Les déchirures, poursuit M. Vidal, ont des suites bien plus funestes quand elles dépassent les bornes de la base de la prostate. Dans les plaies de cette étendue, le corps de la vessie se trouve compris. Voici ce qui se passe à la suite de ces plaies quand elles sont faites par incision : les lèvres de la plaie faite à la prostate se rap-

prochent par l'effet du gonflement; elles sont bientôt en contact; elles ne laissent pas passer l'urine, mais ce liquide passe par la plaie qui a été faite au corps de la vessie, bien plus facilement que par l'orifice vésical; il s'infiltre dans le tissu cellulaire qui entoure la prostate et la vessie; de là, des suppurations, des mortifications. Les produits morbides sont en grande partie, au-dessus de l'aponévrore supérieure du périnée, presque en contact avec le péritoine; de là, l'inflammation de cette membrane et ses suites, qui sont presque toujours funestes. Ce sont ces accidens qui avaient rendu la pratique de Chéselden si malheureuse dans les premiers essais qu'il fit de la taille latéralisée, avant qu'il eût appris à redouter les plaies de la prostate qui dépassent sa base. »

La cystotomie quadrilatérale, telle que l'a décrite M. Vidal, quoique très-ingénieuse et paraissant offrir des avantages nombreux et réels, a, selon moi, des inconvéniens que je crois avoir en partie fait disparaître, au moyen d'un cystotome à quatre lames, qui fait quatre incisions d'un seul coup, et d'une manière plus précise et plus nette qu'avec le bistouri, qui, marchant lentement et péniblement au milieu d'une plaie profonde et n'agissant presque que de la pointe, la boure et coupe inégalement les tissus, ce qui rend l'opération plus longue, plus douloureuse, plus difficile, et expose, par cette raison, davantage aux inflammations consécutives.

Description de la cystotomie prostatique avec le cystotome à quatre lames.

Les instrumens nécessaires pour pratiquer la taille *quadrilatérale* d'après le procédé que je propose sont

les suivans : un cathéter, ayant une cannelure large et profonde, tels que ceux qui sont fabriqués par les couteliers Wéber et Charrière; deux bistouris, fixés sur leur manche, l'un convexe sur son tranchant, et l'autre à double tranchant pour inciser l'urètre sur le cathéter; un gorgeret, des tenettes de différentes grandeurs, et surtout le *litholabe* (1) que j'ai imaginé, qui a beaucoup de rapport avec la pince qu'emploient, pour la lithotritie, MM. Leroy et Civiale. Cet instrument s'introduit sous un petit volume, saisit facilement les calculs qui seront rarement brisés, et qui, dans cette hypothèse, ne fourniraient presque pas de fragmens qui pussent retomber dans la vessie, puisqu'ils seraient retenus par une espèce de poche métallique formée par le rapprochement des branches nombreuses et très-minces du *litholabe*; enfin cet instrument ouvert, pour être retiré de la vessie après avoir saisi la pierre, ajoute moins au diamètre de cette dernière et exige une incision moins grande qu'avec les tenettes, qui laissent souvent échapper le calcul et qui, n'ayant pas de branches parallèles, déchirent et contondent les tissus. Un avantage qu'offre encore le *litholabe*, c'est de présenter à sa partie externe une échelle graduée qui permet d'apprécier à peu près le diamètre du calcul, et de savoir s'il est en rapport avec celui des incisions, que l'on devrait encore débrider dans les quatre sens, s'il le fallait, pour éviter les contusions et les déchirures.

On doit également s'être muni de tous les autres objets nécessaires pour ces sortes d'opérations.

---

(1) Du grec λιθος, pierre, et λαβὴ, action de prendre.

Le malade est placé sur une table comme pour les autres méthodes de cystotomie sous-pubienne, et après lui avoir lié convenablement les pieds et les mains comme cela se pratique ordinairement, on s'assure de nouveau de la présence du calcul; celui-ci reconnu, et le cathéter tenu par un aide perpendiculairement à l'axe du corps, l'opérateur, le genou droit appuyé sur le sol, place le pouce de la main gauche sur la tubérosité droite de l'ischion, et le doigt indicateur de la même main à la racine des bourses, afin de tendre, par ce moyen, la peau du périnée; de l'autre main, saisissant un bistouri droit, légèrement convexe sur son tranchant, il en porte la pointe sur le côté droit du périnée à un pouce environ du raphé, et la dirige du côté gauche aussi loin que du côté opposé, en décrivant une courbe dont les extrémités regarderont les ischions et dont la concavité sera tournée du côté de l'anus. La partie moyenne de l'incision, ou plutôt le milieu de l'arc décrit par elle, devra se trouver, chez les enfans, à six ou sept lignes au-devant de l'anus, et à dix ou douze chez les adultes. Les parties divisées, dans ce temps de l'opération, sont : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et adipeux, l'aponévrose périnéale, les muscles bulbo-caverneux, quelques fibres des transverses et souvent la portion postérieure du bulbe de l'urètre. L'aide qui tient le cathéter incline sa plaque vers l'aine droite, alors le chirurgien porte dans le fond de la plaie l'indicateur de la main gauche et tâche de trouver la portion membraneuse de l'urètre et le cathéter; alors, l'ongle placé de champ dans la cannelure de cet instrument, sert de conducteur au bistouri à double tranchant, avec lequel on divise d'abord en arrière la partie inférieure, puis la partie supérieure de la portion

membraneuse de l'urètre, dans l'étendue de cinq à six lignes. Alors, l'ongle maintenu toujours dans la même position, on remplace le bistouri par le cystotome à quatre lames, dont on engage la pointe mousse qui termine la gaîne commune, dans la cannelure du cathéter. A ce temps de l'opération le chirurgien prend avec la main gauche ce dernier instrument que l'aide doit abandonner, et après avoir un peu amené à lui la plaque, il élève, par un mouvement de totalité du côté des pubis, le cathéter et le cystotome, qui, poussé en même temps, la concavité en haut, pénètre facilement, de cette manière, dans la vessie. Lorsque la pointe de cet instrument est arrivée dans le cul-de-sac de la cannelure du cathéter, ce dernier doit être dégagé et retiré de la vessie comme dans toutes les autres méthodes. Alors, après avoir apprécié, autant que possible, la grosseur du calcul, on ouvre le cystotome avec beaucoup de précaution et de la manière suivante, ayant soin de proportionner l'écartement des lames au volume présumé de la pierre; pour cela, il s'agit seulement de tirer l'anneau auquel est fixée une tige qui traverse le manche et une échelle graduée qui, au moyen d'un curseur, indique le degré d'écartement que l'on peut graduer à volonté, ayant soin de n'ouvrir les lames supérieures jamais au-delà de cinq lignes, et les inférieures jamais au-delà de dix à douze. Lorsque l'instrument est ainsi ouvert dans la vessie, on le retire avec soin dans la direction de l'incision, et dès que l'on commence à sentir la première résistance, on continue doucement les tractions, jusqu'à ce qu'on ait fait saillir l'instrument au dehors, environ six à sept lignes de plus qu'avant le moment où on a commencé à sentir couper; alors le bourrelet circulaire de l'orifice vé-

sical étant débridé de quelques lignes dans ses quatre rayons obliques, le premier obstacle formé par le col de la vessie et la base de la prostate cède, ce dont l'opérateur s'aperçoit par la marche plus facile des lames qui alors éprouvent moins de résistance pour diviser les parties. Les incisions obliques supérieures devront être peu étendues, et ne porter que sur le col de la vessie et sur la base de la prostate, et ne jamais se prolonger sur le sommet de cette glande.

Lorsque le cystotome sera retiré au dehors d'environ six ou sept lignes depuis la première résistance occasionnée par l'écartement des lames, alors on fera remonter les deux coulans à vis, en forme d'écrous qui pressent sur les bascules des lames supérieures, de manière à ce que ces dernières n'étant plus comprimées, soient dans l'inaction et restent immobiles dans leur gaîne, lorsqu'elles y seront rentrées. C'est au moyen de semblables coulans que les lames inférieures font leur mouvement de bascule.

Après s'être assuré que les deux lames supérieures ne peuvent plus agir, on continue de retirer avec précaution le cystotome qui n'incisera plus que dans les rayons obliques inférieurs. Cet instrument agira comme le lithotome à deux lames de M. Dupuytren, c'est-à-dire obliquement et non transversalement comme semble l'indiquer le nom donné à la taille pratiquée d'après le procédé de ce célèbre opérateur. Lorsque l'on jugera, par la longueur dont l'instrument sera sorti de la plaie, que la prostate et le col de la vessie seront suffisamment coupés, on cessera de tirer et on poussera la tige dont les coulans cessant de presser sur les bascules des deux lames inférieures, permettront que ces dernières rentrent dans

leur gaîne commune lorsqu'on retirera l'instrument. Par ce moyen, on aura moins à prolonger les incisions inférieures, que si on n'avait pas débridé supérieurement, et on sera, de cette manière, moins exposé à dépasser les bornes de la base de la prostate, dont le tissu dense non entièrement coupé, et l'enveloppe fibreuse laissée intacte, s'opposent aux infiltrations, aux fistules et à l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure cette glande et le col de la vessie. Ce dernier accident, suivant les plus célèbres lithotomistes, entre autres M. Dupuytren, est le plus redoutable et le plus commun; il a fait périr à lui seul, dit ce professeur, plus de sujets que tous les autres ensemble; l'aigle des chirurgiens italiens, Scarpa, partage entièrement cette opinion, lorsqu'il dit dans son *Traité sur la taille*, traduit en français en 1826 par le docteur Ollivier d'Angers (pag. 22), qu'il faut laisser intacte la base de cette glande dans l'étendue de deux et quelquefois de trois lignes. Cette recommandation est, selon lui, d'une grande importance, car la portion intacte de la prostate qui entoure l'orifice de la vessie, empêche l'épanchement de l'urine, et par suite la gangrène ou l'établissement d'une fistule entre cette partie et le rectum.

Dès que le lithotome sera retiré, on introduira le doigt indicateur de la main gauche dans la plaie, l'on fera glisser le gorgeret le long du bord radial de ce doigt, et lorsque cet instrument sera arrivé dans la vessie, on tournera sa concavité en haut, et c'est dans cette concavité que l'on fera glisser les tenettes ou le *litholabe* avec lequel on saisira le calcul qui sera extrait par de légers mouvemens de traction.

Si le calcul était enchatonné ou retenu par des brides,

enkysté et adhérent à la vessie, on couperait les brides et les poches membraneuses avec un petit instrument, espèce de dé à coudre, que j'appelle *kyotome*, que l'on doit mettre au bout de l'indicateur de la main droite; cet instrument est surmonté par une petite lame de deux lignes en forme de croissant, coupant sur sa convexité et fixée horizontalement au sommet du dé par une tige d'une ligne de long. On introduit par la plaie dans la vessie, et au moyen du gorgeret, le doigt armé de l'instrument, et avec de petits mouvemens de flexion et d'extension, on coupe les brides et les kystes avec assez de facilité, et sans craindre de perforer la vessie comme avec un bistouri.

Pour apprécier les avantages des quatre débridemens de l'orifice vésical, on n'aura qu'à répéter les essais que j'ai faits en présence de MM. Bérard aîné, professeur agrégé de la faculté de Paris, et le docteur Hourmann. Nous avons ouvert par sa partie postérieure, la vessie du cadavre d'un adulte, nous y avons introduit un calcul volumineux qui n'a pu être extrait, lorsque nous nous sommes contentés de faire la taille bilatérale au moyen de mon cystotome dont nous n'avons laissé jouer que les lames inférieures; mais aussitôt que nous avons eu fait les deux petits débridemens supérieurs en faisant agir de la manière que j'ai indiquée, les autres lames restées immobiles, nous avons vu sur-le-champ le col de la vessie, acquérir une grande dilatation, et le calcul que l'on apercevait par l'ouverture postérieure faite à la vessie, a pu être extrait avec la plus grande facilité; je le répète, l'ouverture que l'on fait au col de la vessie, lorsqu'on pratique la taille d'après les autres méthodes sous-pubiennes, ressemble à une *boutonnière* qui n'a qu'un grand

diamètre, tandis que l'autre est toujours très-petit et s'oppose au passage d'un corps sphérique et inégal, si l'on n'a pas la précaution de faire un petit débridement, ou d'augmenter considérablement l'incision dans le grand diamètre, ce qui serait toujours imprudent dans la cystotomie.

Les avantages de la taille quadrilatérale, pratiquée avec mon cystotome, sont les suivans :

1° D'ouvrir à des calculs très-volumineux, une issue large et facile sans dépasser les bases de la prostate et par conséquent sans intéresser le corps de la vessie ;

2° De n'intéresser aucune branche ou rameau qui puisse fournir une hémorrhagie inquiétante ;

3° D'avoir bien moins à craindre de couper en entier la prostate et le tissu fibreux qui l'entoure, vu que l'on pratique les incisions plus petites ;

4° D'éviter non-seulement la lésion du rectum et des canaux éjaculateurs qui sont au-dessous des incisions obliques inférieures, mais encore les contusions et les déchirures qui dans les autres méthodes, sont causées par les tractions violentes qu'on est obligé d'exercer pour extraire des corps sphériques et rugueux d'une ouverture en boutonnière dont l'un des diamètres est très-petit ;

5° D'avoir une cicatrisation plus prompte, parce que les parties coupées d'une manière nette et sans contusion, se gonflent plus tôt, et se réunissent plus facilement. Ce gonflement s'oppose aux infiltrations, aux abcès urineux, à la gangrène, et enfin à tous les autres accidens consécutifs qui ont fait regarder la cystotomie comme l'opération la plus dangereuse ;

6° De ne pas demander un chirurgien aussi exercé que par le procédé de M. Vidal, qui rend l'opération plus

lente et plus douloureuse. D'ailleurs les parties qui se présentent au bistouri, coupant en plusieurs temps, ne sont pas incisées d'une manière aussi nette et aussi facile qu'avec mon cystotome qui coupe d'un seul coup le col de la vessie et la prostate. Les incisions se font de dedans en dehors, puisque les lames représentent quatre triangles ayant leurs bases dans l'intérieur de la vessie.

7° Mon cystotome a le précieux avantage d'être peu compliqué, de réunir trois instrumens en un seul, et de pouvoir, d'une manière très-sûre, être employé dans tous les autres procédés de taille périnéale, puisqu'on peut ne faire agir que le nombre de lames que l'on désire, sans craindre, comme avec celui de M. Dupuytren, de n'avoir qu'un côté qui soit suffisamment débridé, si par mégarde on oublie de presser également sur les deux bascules.

Tel est en peu de mots le procédé opératoire que je propose, trop heureux s'il obtient l'approbation des chirurgiens qui auront à pratiquer la taille. Je les remercie d'avance des observations dont ils voudront bien me faire part, et les prie de croire que je les accueillerai toujours avec reconnaissance. Peut-être que leur critique sera avantageuse à mon procédé et à ceux qui voudraient l'employer; se prononcer actuellement d'une manière trop affirmative pour ou contre, ce serait anticiper sur l'avenir, s'exposer à être démenti par l'expérience et prouver qu'on a oublié que Baglivi disait : *in medicinâ majorem vim facit experientia quam ratio.*

De l'action élective de la digitale pourprée,

Par M. Fontaneilles.

Tous les médecins savent que la digitale pourprée a une action particulière sur le cœur et le système artériel, et que non-seulement elle ralentit et rend irrégulière les mouvemens de systole et de diastole, mais même qu'elle les suspend complétement pendant des journées entières. Plusieurs fois à la clinique de M. Rasori, à l'hôpital général de Milan, en 1807 et 1808 (1), nous avons eu occasion de vérifier ce fait. Mais ce n'est point à ce seul effet que se borne l'action de la digitale; continuée à hautes doses, elle donne lieu à des phénomènes non moins remarquables, tels que la dilatation et l'insensibilité de la pupille, et une faiblesse de la puissance inspiratoire telle que nous avons été jusqu'à compter vingt-cinq secondes d'une inspiration à l'autre. Cet effet qui, à notre avis, n'a jamais lieu quand on ne fait pas abus de ce médicament, n'est par lui-même nullement dangereux, quoiqu'il ait l'inconvénient, du reste assez grave, de diminuer l'énergie des muscles et des poumons, au point de la faire perdre pour toujours au sujet qui en fait usage, et ce que nous disons ici, non-seulement nous l'avons observé un assez grand nombre de fois chez divers sujets, mais nous en sommes nous-même un exemple.

(1) *Voy.* un Mémoire de M. Rasori sur la digitale, dont j'ai publié la traduction dans la *Revue médicale*, T. I, janvier 1824.

D'après l'opinion générale des praticiens, la digitale pourprée a encore la propriété d'être diurétique et de combattre les hydropisies. Personne ne lui refuse cette vertu; mais comment agit-elle dans ces maladies? Voilà sur quoi les opinions diffèrent. Pour nous, nous ne pensons pas que cette plante agisse directement sur les reins et sur le système lymphatique; ses effets ne se bornent pas au système artériel; ils s'étendent à tout l'appareil circulatoire, depuis le cœur et les poumons jusqu'aux dernières ramifications capillaires, et c'est en diminuant l'excès d'énergie, cause des épanchemens séreux dans les hydropisies dites actives, qu'elle devient utile. Alors l'équilibre entre les vaisseaux veineux et les vaisseaux lymphatiques se rétablit, et ces derniers versant, avec plus ou moins de rapidité, la lymphe dans les veines, les hydropisies se dissipent. Le fait suivant démontrera que la digitale pourprée n'a pas seulement la propriété générale de diminuer l'état sthénique, comme la saignée, les évacuans intestinaux et autres médicamens, mais encore d'agir spécialement sur le système sanguin.

Le nommé Mortier, au service de la maison de S. A. R. Mgr. le duc de Bourbon, vint nous consulter au mois de mai dernier, se plaignant d'une grande difficulté à respirer. Sa respiration était entrecoupée; le malade sentait une pesanteur à la base de la poitrine : les jambes et les pieds étaient tuméfiés; même il existait déjà une infiltration générale. La circulation artérielle était très-active, et le pouls fort et dur. La couleur naturelle de la langue, la conservation de l'appétit et la régularité des selles n'indiquaient aucune phlogose des voies digestives. Nulle diminution des urines n'avait lieu. Nous pensâmes que nous avions à traiter une hydropisie active; nous

mîmes en usage la méthode débilitante d'abord, et nous fîmes appliquer trente sangsues sur la base de la poitrine. La perte de sang fut de plus de vingt onces. Nous prescrivîmes un loch avec addition de quatre grains de kermès minéral, cinq grains de nitre et demi-once d'oximel scillitique. Quelques jours après, huit sangsues furent réappliquées, et le malade fut mis à l'usage des pilules écossaises; on ajouta un peu d'oximel scillitique et quelques grains de nitre aux boissons.

La maladie, après être restée d'abord stationnaire, fit des progrès. Au bout de quinze jours, l'urine coulait avec beaucoup de peine; l'infiltration générale augmentait, et des signes d'épanchement étaient manifestes dans l'abdomen. Craignant d'avoir porté trop loin la débilation, nous voulûmes revenir sur nos pas, en nous conformant aux principes de la nouvelle doctrine italienne. Nous fîmes, en conséquence, prendre au malade l'opium et le vin. Nous eûmes soin, pourtant, de commencer que par des quarts de grain, dans un peu de vin, de trois en trois heures. Le second jour de ce traitement, le malade se trouva un peu mieux; il reposa la nuit, contre son ordinaire; il lui sembla même que la pesanteur qu'il éprouvait à la poitrine avait diminué. Nous augmentâmes la dose de l'opium : le troisième et quatrième jour de son usage, le malade en prit un demi-grain, et ensuite un grain toutes les trois heures. Sa boisson était un peu de vin mêlé avec autant d'eau. Alors Mortier perdit l'appétit, la langue devint sèche et l'urine plus rare. L'infiltration générale, la bouffissure de la figure augmentèrent sensiblement, ainsi que la difficulté de respirer. Le malade ne pouvait se tenir que sur son séant, craignant, nous disait-il, de

suffoquer. Nous ne doutâmes pas alors que les derniers moyens que nous avions mis en usage ne fussent contre-indiqués et nuisibles. Cependant nous avions débuté, et avec le même insuccès, par une classe de médicamens qui, nous le répéterons d'après la doctrine italienne, ont une action opposée à l'opium et au vin. Le malade désira un large vésicatoire au bras : nous le secondâmes avec empressément; mais ce dernier moyen ne produisit aucune amélioration, même après trois jours. Il n'améliora pas même l'état des voies urinaires, car la difficulté d'uriner fut la même qu'auparavant. Ce fut alors que nous eûmes recours à la digitale pourprée. Le malade commença son usage par un demi-grain d'heure en heure à l'intérieur. On fit des frictions au moyen de l'huile, chaque demi-heure, sur la région hypograstrique et sur les membres abdominaux. Deux heures suffirent pour opérer une amélioration des plus remarquables. L'urine commença à couler, les douleurs de poitrine cessèrent. Le traitement fut continué pendant quelques jours; les doses de digitale et les frictions devinrent de moins en moins fréquentes, à mesure que la leucophlegmatie diminua. Au bout de deux mois le malade fut complètement rétabli.

REMARQUES

Sur un cas d'anencéphalie,

Par M. Lecadre.

Madame T..., âgée de trente-deux ans, d'une constitution nerveuse, ayant éprouvé plusieurs maladies graves dans sa jeunesse, eut un enfant, il y a un an, qui est bien

constitué et bien portant. Devenue enceinte pour la seconde fois, sa grossesse fut assez bonne; elle ne se fit point saigner, comme beaucoup de femmes en ont l'habitude. Son ventre acquit en peu de temps un développement extraordinaire. Elle vaquait aux travaux de son ménage, et il ne lui arriva d'autre accident qu'une chute qu'elle fit sur l'angle d'un baquet, quinze jours environ avant son avortement. Depuis le moment de sa chute jusqu'à son accouchement, qui eut lieu au septième mois de la grossesse, elle éprouva continuellement des douleurs dans les reins, s'étendant jusque vers le siége; elle fut même obligée de garder bientôt le lit. Le 26 novembre 1829, ces douleurs augmentèrent; elles s'accompagnaient d'autres qui suivaient la direction de l'axe inférieur du bassin; elles étaient continues et ne laissaient aucun instant de repos à la malade. Appelé vers le soir, en touchant la femme, je trouvai le col presque entièrement dilaté et aminci; ce qu'il en restait et le corps de la matrice étaient mous : on pouvait déjà calculer que la poche des eaux était immense; le fœtus nageait dans ce liquide abondant; la pression du doigt suffisait pour le repousser : on ne pouvait, au reste, assigner quelle était sa position. La malade poussait des gémissemens continuels; les contractions utérines étaient faibles; le pouls était fréquent, la langue sèche, les dents fuligineuses; le facies exprimait une douleur profonde. Ces douleurs restèrent les mêmes toute la nuit; en vain je voulus faire marcher la malade; ses jambes ne pouvant la soutenir, elle se recoucha de suite. Le lendemain, j'étais résolu à administrer le seigle ergoté pour déterminer des contractions plus fortes de l'utérus, quand, sur les dix heures du matin, ces contractions devinrent

plus énergiques, sans aucune influence étrangère. La poche des eaux, qui jusqu'alors était restée intacte, se rompit et laissa échapper une grande quantité d'eau épaisse et sale, mais n'entraînant aucune espèce de détritus; je portai aussitôt la main dans l'utérus; je reconnus que le fœtus se présentait par la tête, mais cette tête manquait. Le flot des eaux et la traction de ma main l'entraînèrent au dehors, et non pas la contraction de la matrice qui restait presque inerte. L'enfant que j'avais obtenu était anencéphale; je le portai sur une table, pour l'examiner avec plus d'aisance. Au milieu de mes mouvemens, je pressai légèrement la colonne dorsale, justement dans sa partie affectée que je décrirai bientôt; l'enfant fit un mouvement qui fut unique.

Cet enfant était du sexe féminin; il avait 13 pouces de longueur. Le corps jouissait d'un embonpoint peu naturel à un fœtus de sept mois. Son poids était de 3 livres 1 once. Il y avait chez lui absence des pariétaux, et d'une portion du coronal et de l'occipital; deux poches, simulant bien les hémisphères cérébraux, tombaient en arrière sur le dos; elles étaient minces, très-vasculaires, et ne contenaient dans leur intérieur aucune portion de la pulpe cérébrale et cérébelleuse. La tête, tout-à-fait renversée en arrière, faisait que le menton était saillant en avant, et que les yeux regardaient en haut; ils étaient rapprochés et semblaient, à cause de leur volume, sortir de l'orbite. Les cheveux naissaient de la racine des sourcils; il n'y avait point de cou; la tête paraissait sortir d'entre les épaules; les oreilles touchaient presque au sommet de ces dernières. Vers le commencement des vertèbres dorsales existait une fente dont le fond était grisâtre. C'était ce rudi-

ment de *spina-bifida* que j'avais touché, quand le fœtus donna preuve d'une sensibilité qui s'éteignit aussitôt. La disposition normale du reste du corps me fit conjecturer que les autres viscères étaient dans l'état naturel. Voulant conserver le sujet, je n'en fis point l'ouverture.

Cette observation me paraît d'autant plus intéressante, qu'elle me donne lieu de faire quelques remarques sur un sujet qui divise encore nos plus célèbres anatomistes, savoir le mode de production de l'anencéphalie. Mais auparavant, il sera convenable d'attirer l'attention sur ce développement du corps plus considérable qu'il ne l'est ordinairement à sept mois de conception; ce développement existe chez la plupart des anencéphales. M. Breschet, qui, dans ses recherches savantes, s'est beaucoup occupé des monstruosités, trouve la cause de ce phénomène dans le transport de la force organique, ou force formatrice, sur d'autres points que sur ceux où elle devrait agir, ces derniers étant restés en arrière dans leur formation.

Le spina-bifida est tellement lié à l'anencéphalie que plusieurs anatomistes ont avancé qu'il n'est point d'anencéphales qui ne présentent un spina-bifida. On ne peut en dire autant de la coexistence de cette dernière affection avec la première. Bien des spina-bifida existent seuls; c'est un fait que tous les praticiens ont eu occasion de remarquer souvent. Mais, chez notre sujet, la lésion de la moelle épinière était déjà considérable, et le fœtus fût-il venu au monde quinze jours plus tard, le cas cité par Robin de Kiavalle d'un anencéphale de six mois trouvé par lui sans cerveau, ni moelle épinière, un peu

de mucosité existant seulement dans la boîte et dans le canal osseux, se serait probablement représenté.

Il semblerait résulter aussi de notre observation que ce ne paraît pas être sans faire éprouver de la douleur aux fœtus qu'ont lieu ces altérations qui, à mon opinion, sont le plus souvent secondaires, puisque l'enfant qui en fait le sujet n'a manifesté de sensibilité qu'au moment où la main comprimait la moelle de l'épine dans sa partie malade ; mais, moins heureux que le fœtus anencéphale de huit mois, dont parle Bayle, qui vécut une semaine, il expira sur-le-champ.

Parmi les anatomistes, les uns ont voulu que l'anencéphalie fût primitive, les autres qu'elle fût secondaire et accidentelle. De l'un et l'autre côté, on trouve des noms justement célèbres, et la question est restée sans être éclaircie. Dans le cas qui nous occupe, tâchons de voir si l'altération du cerveau et de la moelle épinière a été le résultat de la chute que fit la mère ; si, comme le veut Meckel, dans tous les cas, elle a été consécutive à une hydrocéphalie. Il est bien vrai que, quinze jours avant d'accoucher, Madame T... fit une chute sur le côté, que depuis elle éprouva toujours des douleurs qui la forcèrent de se mettre au lit. Mais est-ce bien dans quinze jours, dans un aussi court espace de temps, qu'il peut se former une affection qui, après avoir converti en eau toute la substance du cerveau et du cervelet, finit, à cause du développement qui a lieu, finit (dis-je) par user le crâne du fœtus qui présente cependant une certaine résistance ; et que l'épanchement de cette eau abondante, qui n'est plus retenue que par une membrane mince qu'elle brise bientôt, ait pu se faire dans la poche amniotique ? Ce n'est pas probable, et d'autant moins

que déjà la femme, parvenue seulement au septième mois de la grossesse, avait présenté un développement du ventre peu ordinaire. Cette chute n'a pu que faire devancer l'époque de l'avortement; et encore sait-on que la plupart des anencéphales arrivent au monde avant terme, et le plus souvent au septième ou au huitième mois.

Mais si tout semble contredire que la chute ait été la cause de l'anencéphalie, d'un autre côté, tout semble prouver qu'elle a été la suite d'une hydrocéphalie. Si l'anencéphalie avait été la suite d'une organisation incomplète, pourquoi l'utérus eût-il été plus développé à sept mois qu'il ne l'est souvent à neuf; pourquoi se fût-il écoulé une si grande quantité d'eau à la rupture des membranes d'enveloppe? Bien certainement dans ce cas, si ce n'est dans tous, l'anencéphalie a été consécutive à une hydropisie du cerveau. Les partisans les plus exclusifs du *nisus formativus* de Blummemback seraient obligés de l'avouer.

Est-il étonnant que l'altération de la moelle ait suivi de près celle du cerveau? On ne saurait dire que c'est parce que la maladie a agi de proche en proche, et que, après avoir envahi le cerveau, elle s'est étendue jusqu'à la moelle épinière, puisque l'altération de cette dernière existait vers les premières vertèbres dorsales, et non point aux vertèbres cervicales. L'expérience, au reste, a confirmé que le spina-bifida se montre le plus souvent à la région lombaire, quelquefois à la région dorsale, et très-rarement à la région cervicale. C'est ce qui fait que l'hydrorachis a été nommé par certains auteurs *tumeur lombaire*. Mais on peut dire, et je crois, avec raison, que la même cause qui a produit l'anencéphalie

a bien pu produire aussi l'hydrorachis; maladies qui ont tant de rapports entre elles.

Rien, dans l'observation que nous venons de relater, ne semble appuyer l'opinion des physiologistes qui veulent que l'anencéphalie, ainsi que les autres monstruosités de la tête, aient lieu à cause du non-développement du crâne produit par la faiblesse du système vasculaire en ce lieu. S'il en était ainsi, on ne trouverait point cette membrane, enveloppe du cerveau dans l'état sain (pie-mère hypertrophiée, suivant l'opinion de M. Breschet), dessinant encore les hémisphères du cerveau et paraissant avoir fait hernie par l'ouverture que laissent les os du crâne détruits. Le fœtus, au reste, est parfaitement conformé pour tout ce qui regarde l'extérieur du corps. L'autopsie seule, il est vrai, eût pu indiquer s'il n'existait point dans les organes thoraciques et abdominaux quelque duplicité ou quelque anomalie, comme il arrive souvent chez les anencéphales.

Une chose peu ordinaire et qui a lieu dans la circonstance présente, c'est que, quelque effort que j'aie faits pour interroger la mère, elle n'a pu trouver dans son imagination aucun écart qui eût pu expliquer, suivant les idées communes, la conformation vicieuse de son fruit; point de peur, point d'envie, point d'appétit désordonné. Les nombreux partisans de l'influence des idées de la mère sur la conformation extérieure de son produit eussent été mécontens de se trouver ainsi privés de la plus petite preuve en faveur de leur système.

Il est enfin une dernière remarque à faire au sujet de notre anencéphale; c'est qu'il était du sexe féminin; et les observateurs ont consigné que le nombre des acéphales et des anencéphales de ce sexe est bien plus con-

sidérable. D'où provient cette bizarrerie? Voilà ce qu'il est impossible de déterminer. Mais expliquera-t-on davantage pourquoi la sortie de l'utérus de ces enfans informes a lieu de sept à huit mois, rarement avant et après ce terme? Sait-on bien, au juste, comment se forment toutes les différentes monstruosités? A ce sujet, on a des hypothèses dont quelques-unes sont très-concluantes. Mais souvent un nouveau fait se présente, et l'échafaudage des suppositions s'écroule. Certains chapitres de la physiologie, et celui des monstruosités est de ce nombre, seront long-temps encore et peut-être toujours des labyrinthes dont pour sortir on ne trouvera point le fil d'Ariane.

LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Clinique médicale, ou *Choix d'observations*; par G. ANDRAL, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Deuxième édition. Tomes I et II, maladies de poitrine. Deux vol. in-8°. Prix : 15 fr.

Ars medica tota in observationibus (Bacon); ce mot a quelque chose d'imposant et par sa forme sentencieuse et par le nom de son auteur; il n'en est pas moins faux, comme tout ce qui est absolu.

Non, la médecine ne gît pas toute entière dans l'observation : le raisonnement, l'esprit d'induction, cette sorte de perspicacité native que l'on a nommé tact médical, ne sont pas moins nécessaires au médecin que des sens délicats et exercés. Si la mort a ses mystères, si le cadavre suscite des doutes, que l'examen le plus minutieux et les recherches les plus attentives ne peuvent dissiper, la vie n'a-t-elle point aussi des ténèbres, et l'homme malade des problèmes que l'observation seule ne peut ni dissiper ni résoudre? Ecoutez, palpez, sentez, mesurez; essuyez bien les verres de vos lunettes, et regardez de tous vos yeux : employez ainsi votre belle jeunesse, serez-vous médecin dans l'âge mûr? Jamais. Vous pourrez être un excellent manœuvre en médecine;

médecin, je vous en défie. Mais si à un esprit éminemment observateur vous réunissez, pour le diriger, un peu de cette denrée si rare que l'on appelle sens commun, un jugement droit, pour peser et coordonner vos observations, quelques grains d'imagination, pour entrevoir les résultats, sans cependant les créer de toutes pièces; oh! alors vous êtes médecin, et, si vos talens ont été formés par l'expérience, vous êtes mon maître; parlez, je vous écoute.

Cessez donc, ouvriers maladroits, d'étouffer la science sous l'amas confus de vos matériaux; observez moins, et pensez davantage; exercez les yeux de l'esprit en même temps que ceux du corps; soyez exacts; c'est le premier de vos devoirs, mais n'oubliez pas que le présent engendre l'avenir. Soyez sobres toutefois de prévisons; ne les donnez point surtout pour des réalités. Doutez souvent; mais affirmez le plus que vous pourrez, si l'affirmation est de votre part la suite d'une conviction profonde, et si vos raisonnemens sont assez forts, vos preuves assez claires pour faire partager cette conviction à tous vos lecteurs.

Des faits précis, des doutes, des hypothèses données pour telles, voilà la science. Les faits forment l'acquis, les doutes portent à chercher, les hypothèses remplissent des lacunes; et de tout cela résulte une chaîne, un lien partout continu, qui permet à l'esprit de suivre sans fatigue toute la série des phénomènes. Est-ce là ce qu'on peut appeler un système? Oui, suivant l'étymologie; non, suivant une acception fautive. Les médecins systématiques n'ont jamais douté de rien; ils torturent et violentent les faits, pour se les approprier; ils donnent des hypothèses pour des réalités; et, suivant l'énergique expression d'un de nos meilleurs praticiens, les systèmes

sont des idoles auxquelles on sacrifie des victimes humaines.

Ainsi, un ouvrage dans lequel les faits seront nombreux et choisis, les réflexions courtes et sensées, les hypothèses en petit nombre et données pour ce qu'elles valent, sera sans aucun doute un bon livre en médecine. La *Clinique médicale* réunit-elle toutes ces qualités? Le lecteur jugera après l'examen; le public a déjà répondu (1).

Les deux volumes qui viennent de paraître sont consacrés aux affections de poitrine. Le premier traite des maladies du péricarde et du cœur, de celles des bronches, des plèvres et du poumon. La phthisie pulmonaire et la pleurisie forment l'objet du second volume.

M. Laennec (2) avouait qu'il avait quelquefois deviné des péricardites, mais que le défaut de signes certains l'empêcherait toujours d'employer le mot *reconnaître* en parlant de cette maladie. On peut dire la même chose des observations contenues dans la première section de la *Clinique;* ce sont des histoires de péricardites qui ont été plutôt devinées que reconnues. Il n'est en effet aucun des symptômes recueillis qu'on ne pût rapporter à toute autre maladie, soit du cœur, soit du poumon et des plèvres; et, sauf deux ou trois exceptions, le seul moyen de certitude, la percussion attentive de la région précordiale, ne paraît avoir été employée dans aucun des cas. Chose singulière! Avenbrugger (3) croyait que cette région résonnait naturellement un peu moins que le reste de la poitrine. Corvisart, son commentateur, professait que cette matité

(1) La première édition de la *Clinique* est de 1824.
(2) De l'auscultation, tom. II, p. 669 (deuxième édition).
(3) Sur la percussion de la poitrine, pag. 12, 13, 14 et 400.

n'était pas constante, et qu'elle dépendait plutôt des constitutions individuelles que d'un état morbide. Enfin, M. Laennec reconnut, avec son exactitude ordinaire, que dans l'état de santé le son est sensiblement égal antérieurement dans les deux côtés de la poitrine; il tira de cette remarque un de ses principaux moyens d'exploration dans les maladies du cœur, mais il n'alla pas plus loin. Ce ne fut qu'en 1824 que M. Louis fit connaître à quel degré de précision la percussion seule peut conduire dans le diagnostic de la péricardite (1). Tant il est vrai que les applications les plus immédiates d'une découverte ne se présentent pas toujours à l'inventeur, et que dans les sciences, comme dans les choses du monde, il faut croire à la fortune.

Aujourd'hui on ne devine plus, mais on reconnaît les péricardites. J'ai vu, en moins de deux mois, M. Louis diagnostiquer trois maladies de ce genre à l'aide de la percussion; je l'ai vu apprécier, par ce moyen, des épanchemens de deux à trois onces dans le péricarde, estimations que l'examen cadavérique justifiait constamment. Je n'hésite donc pas à croire que la péricardite n'est ni une maladie très-rare, ni une maladie difficile à diagnostiquer. Si l'opinion contraire a prévalu, c'est qu'avant ces dernières années, on n'avait d'autre moyen de reconnaître cette phlegmasie que la nécroscopie et que l'occasion de s'y livrer se présente assez rarement après la péricardite, qui n'est pas non plus une maladie essentiellement dangereuse.

Assez faciles à reconnaître d'une manière générale, les maladies de la substance même du cœur n'offrent pas moins de difficulté, quand il s'agit d'en préciser les espèces. Combien de fois n'est-il pas arrivé de rapporter des palpi-

(1) Mémoire sur la Péricardite, *Revue médicale*, janvier 1824.

tations purement nerveuses à une lésion organique qui n'existait que dans l'imagination du médecin? de confondre une hypertrophie avec une simple dilatation; ces deux maladies avec un rétrécissement des orifices vasculaires; celui-ci avec un anévrysme de l'origine des gros vaisseaux, etc.? toutes fautes qu'il fallait plutôt attribuer à l'imperfection de l'art qu'à l'impéritie de l'artiste. M. Laennec eut encore la gloire de porter dans ces ténèbres les vives lumières de son génie, et de substituer les évaluations rigoureuses des sens aux calculs souvent trompeurs du jugement : chaque maladie eut son caractère propre, chaque souffrance son cri d'alarme.

Mais ces caractères sont-ils constans; ces cris s'entendent-ils toujours? Si les opérations de la nature étaient aussi simples que les combinaisons ordinaires de notre esprit, la question serait superflue; mais tout se croise, tout se mêle, et dans ces luttes continuelles de l'organisme et de la destruction, la voix du vainqueur couvre souvent celle du vaincu. Ces combats, ces victoires et ces défaites, ou, tout simplement, ces complications sont surtout fréquentes dans les maladies du cœur, organe central qui reçoit de tous et qui donne à tous. Aussi M. Laennec disait-il que, « parmi les maladies que l'auscultation peut faire reconnaître, ce sont celles qui peuvent le plus souvent échapper à un observateur même attentif... Une cause d'erreur très-fréquente, ajoutait-il, ce sont les maladies du poumon qui diminuent l'étendue de la respiration, telles que la péripneumonie, l'emphysème à un haut degré, et particulièrement la pleurésie chronique. Dans des cas de cette espèce, il m'est quelquefois arrivé de trouver des cœurs énormément dilatés ou épaissis, à l'ouverture de sujets chez lesquels j'avais trouvé les con-

tractions de cet organe parfaitement naturelles sous le rapport du bruit, de l'impulsion et du rhythme. » (*Ausc.* tom. II, pag. 493 et suiv.)

Ne nous étonnons plus maintenant d'entendre M. Andral (pag. 171) conclure de ses recherches qu'une maladie de cœur, même très-grave, peut ne pas être revélée par l'auscultation. Est-ce à dire qu'il faille rejeter ce moyen de diagnostic, ou même lui préférer l'étude des symptômes généraux? Qu'on me permette, avant de répondre à cette question, de jeter un coup d'œil rapide sur les différens signes fournis par le stéthoscope dans les maladies du cœur. Ces signes sont relatifs à l'impulsion, au bruit, à l'étendue et au rhythme.

Suivant M. Laennec, une forte impulsion doit être regardée comme le principal signe de l'hypertrophie du cœur : suivant M. Andral, toute hypertrophie n'amène pas l'impulsion, toute impulsion n'annonce pas l'hypertrophie. « Il semble, dit-il, que l'épaississement des parois du cœur n'est pas la seule cause efficiente de ce phénomène; il faut encore que leurs fibres se contractent avec une certaine énergie; or cette dernière condition ne résulte pas exclusivement et nécessairement de l'augmentation d'épaisseur du muscle. De simples palpitations, chez des individus nerveux et pléthoriques, donnent lieu quelquefois à une plus forte impulsion qui cesse avec les palpitations; de plus, il y a des cas de véritable hypertrophie, dans lesquels l'impulsion ne se manifeste qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, soit sans cause appréciable, soit sous l'influence d'un écart de régime, de l'invasion d'une phlegmasie aiguë de quelque organe, etc.» (*Clinique*, tom. II, pag. 160.) M. Laennec reconnaîtrait là tous les principes qu'il a donnés : « Dans quelques cas

de palpitations purement nerveuses, surtout avec fièvre, les battemens du cœur sont forts, durs, et produisent un bruit analogue à un coup de marteau; mais ce choc diffère de l'impulsion déterminée par une forte hypertrophie en ce que, dans cette dernière, les ventricules gonflés semblent s'adosser dans toute leur longueur aux parois thoraciques, qui cèdent à l'effort, tandis que, dans le premier cas, la pointe seule du cœur paraît frapper ses parois d'un coup sec et capable seulement d'y produire une sorte d'ébranlement plutôt qu'un soulèvement réel. D'un autre côté, toutes les causes capables de produire l'affaiblissement de l'économie diminuent d'une manière très-notable l'impulsion du cœur; et lorsqu'on voit pour la première fois un malade dans le cours d'une affection aiguë ou chronique qui a déjà produit une grande diminution des forces, le cylindre pourrait ne pas indiquer une hypertrophie des ventricules, dont le malade serait atteint. » (*Auscultation*, tom. II, pag. 397.)

Les bruits produits par les battemens du cœur ne donnent pas de signes plus certains, d'après M. Andral : rien de fixe, par exemple, relativement aux bruits de soufflet, de râpe, de scie. Rien de fixe non plus suivant M. Laennec; il remarque (pag. 452) que la saignée, qui diminue ordinairement ces différens phénomènes, ne fait quelquefois que les modifier d'une manière bizarre. Aussi, loin de les rapporter, comme M. Andral, à une congestion locale dans quelque partie du système vasculaire, il les attribue, avec le frémissement cataire, dont M. Andral ne parle pas, à quelque anomalie de l'influence nerveuse.

Le rhythme des battemens du cœur ne donne encore que des présomptions à M. Andral; il fournit quelque chose de plus à M. Laennec, et c'est surtout dans cet en-

droit que brille toute la sagacité et toute la finesse d'observation de cet auteur. « Dans l'hypertrophie portée à un très-haut degré, dit-il (*Auscultation*, p. 411), le rhythme du cœur est singulièrement altéré. La contraction des ventricules devient extrêmement longue : ce n'est d'abord qu'un mouvement obscur et profond, mais qui augmente graduellement, soulève l'oreille, et produit enfin la sensation du choc. Cette contraction n'est accompagnée d'aucun bruit; ou, s'il en existe, il se réduit à une sorte de murmure analogue à celui de la respiration. La contraction des oreillettes est extrêmement brève et presque sans bruit; on l'entend à peine; quelquefois même elle est tout-à-fait insensible, et à peine la systole des ventricules a-t-elle cessé qu'ils recommencent à se soulever de nouveau. L'intervalle de repos n'existe plus ou se confond avec le commencement presque insensible de la contraction des ventricules.... (*Ibid.*, p. 412.) Lorsque les parois du ventricule gauche sont, au contraire, naturellement minces, ou lorsqu'elles sont amincies à un degré médiocre par l'effet d'une dilatation, le rhythme des battemens du cœur devient tout-à-fait différent. L'intervalle de repos, après la contraction des oreillettes, n'est plus sensible; la contraction des ventricules est plus sonore, elle surpasse moins sensiblement, en durée, celle des oreillettes et ne s'en distingue plus autant par la nature du bruit. Ces signes, réunis à un choc moindre pendant la contraction des ventricules et à une grande étendue des battemens, indiquent constamment un cœur disposé à la dilatation. »

Voilà donc des certitudes où M. Andral ne trouve que des probabilités. En effet il n'a considéré dans le rhythme que trois phénomènes principaux : les palpitations, les irrégularités et les intermittences; anomalies qui, suivant

M. Laennec, ne constituant pas des maladies, ni même des indispositions sérieuses. (Pag. 415.)

« Quant à l'étendue des battemens du cœur, ils nous ont, en général, semblé être en rapport, comme on l'a déjà dit, avec le volume de cet organe et notamment avec la dilatation de ses cavités. Ici, toutefois, nous devons encore faire remarquer que, dans un assez grand nombre de cas où l'ouverture des cadavres nous montre un cœur dont l'excès de volume était à la fois causé par l'hyperthrophie des parois et la dilatation des cavités, l'auscultation n'avait fait entendre les battemens du cœur que dans un espace assez circonscrit, soit seulement vers la région précordiale, soit à cette région, au bas du sternum et au-dessous de la clavicule gauche. » (*Clinique*, pag. 170.) Les signes de cette lésion étant, d'après M. Laennec, composés de ceux de la dilatation et de l'hypertrophie (*Auscultation*, pag. 514); toutes les causes qui peuvent indiquer ou faire disparaître les signes de cette dernière maladie doivent également jeter plus ou moins d'obscurité sur ceux de l'hypertrophie avec dilatation. Telles sont, comme on l'a vu précédemment, les évacuations sanguines, la diarrhée, une diète très-sévère et long-temps continuée, etc.; et c'est toujours M. Laennec qui les indique. (Pag. 398.)

Quelle que soit la question que nous ayons examinée jusqu'ici, nous avons vu une concordance parfaite entre l'auteur de la *Clinique* et celui de l'*Auscultation médiate*, observateur trop attentif pour s'arrêter à de trompeuses apparences, esprit trop sage pour être exclusif : « Je suis loin de prétendre, écrivait-il, que l'on doive juger d'après un seul signe; j'estime seulement la valeur de chacun d'eux. Il n'est pas nécessaire de dire qu'ils en ont beau-

coup plus quand ils sont réunis et qu'ils sont perçus à la fois. (Tom. II, pag. 391.)

Ce que M. Laennec disait de l'auscultation dans les maladies du cœur, il le répétait à propos des maladies du poumon : ce n'était ni sur un seul signe ni après un seul examen qu'il voulait qu'on décidât, c'était sur l'ensemble et après des explorations réitérées. On lui a reproché de fâcheuses méprises, mais il est à remarquer que ces erreurs ont toujours eu lieu dans des consultations. Forcé dans ces cas de prononcer dès la première visite, le maître oubliait trop souvent les principes qu'il avait lui-même dictés. M. Laennec n'était pas un devin; c'était un esprit sévère, un observateur scrupuleux, et si, dans la pratique de l'hôpital, la précision de son diagnostic confondait souvent les plus incrédules, c'est que, ayant sans cesse les malades sous les yeux, il voyait tout, appréciait tout. La préférence qu'il donnait aux signes locaux sur les symptômes généraux se conçoit d'ailleurs facilement. Dans ces deux ordres de phénomènes, c'est toujours l'organe malade qui parle; mais dans le second cas, il s'exprime par des intermédiaires plus ou moins éloignés, par des interprètes plus ou moins fidèles; dans le premier, au contraire, il se fait entendre immédiatement, et son langage ne risque plus d'être défiguré dans ces transmissions successives. Ce langage est-il d'ailleurs sans ambiguité, sans équivoque? Eh! bon Dieu! quelle est la chose du monde qui ne puisse devenir un sujet de chute? M. Laennec se trompait donc quelquefois aussi, mais il est certain qu'il se trompait rarement: il voyait mieux qu'un autre, parce qu'il regardait plus long-temps et de plus près!

L'examen détaillé des observations contenues dans la première section du second livre de la *Clinique* ramène-

rait souvent des réflexions semblables. Nous y verrions des bronchites chroniques simulant la phthisie pulmonaire, pour les symptômes généraux et même pour les signes locaux; mais nous ajouterions que ces cas d'exceptions ont presque tous été prévus et indiqués par M. Laennec. L'un des indices les plus certains de la phthisie pulmonaire, la pectoriloquie, peut se rencontrer avec une simple dilatation des bronches consécutive à un catarrhe chronique; elle peut manquer chez certains phthisiques : cependant le médecin instruit des circonstances qui produisent ces anomalies, et habitué par Laennec à ne jamais juger après un seul examen, s'y trompera aussi rarement que lui.

Une des questions les plus intéressantes dans l'histoire de la pneumonie, sujet de la seconde section, est celle de son traitement. J'ai lu avec le plus grand soin toutes les observations de cette série; j'ai vu des amendemens très-prononcés, des convalescences survenir tantôt après de copieuses émissions sanguines, d'autres fois après l'emploi des vésicatoires (*a*), dans quelques cas après celui des amers et des évacuans : et cependant j'ai des doutes sur l'efficacité de ces moyens. Scepticisme outré! va-t-on dire. Non, car dans la plupart des cas le mieux survenait à une de ces époques que les anciens appelaient *critiques*, c'est-à-dire, le septième, le huitième ou le neuvième jour; dans la plupart, il avait été précédé d'un de ces phénomènes auxquels le même nom convient encore, des sueurs abondantes, une diarrhée spontanée, etc. Ces phénomènes ne coïncidaient souvent avec l'emploi d'aucun nouveau

---

(*a*) Je ne dis pas des *dérivatifs*, ce serait une explication : on n'explique que ce que l'on conçoit.

moyen; le mieux ne datait que de leur apparition, et jusque là le traitement, quelque actif, quelque varié qu'il ait pu être, était resté impuissant, ou bien n'avait produit qu'une rémission plus ou moins marquée. La limite de temps a offert, il est vrai, quelque variété; mais les personnes qui savent combien il est difficile d'obtenir des dates précises dans les hôpitaux n'en inféreront rien contre mes doutes.

Quoi! les maladies auraient-elles une durée fixe que rien ne peut abréger, une terminaison nécessaire que rien ne peut prévenir? M. Louis se fit un jour la même question, et, avec l'admirable exactitude qu'on lui connaît, il se mit à compter, dans un certain nombre de péripneumonies, les cas où la saignée avait été réellement utile et ceux où elle n'avait été suivie d'aucun amendement. Tout compte fait, il trouva que, parmi les guérisons, le traitement antiphlogistique, commencé dans les deux premiers jours de la maladie, avait paru en abréger la durée; tandis qu'employé plus tard, il était resté sans influence. Mais le nombre total des guérisons et des morts (cent vingt-trois) lui fournit cet autre résultat, que les deux cinquièmes des malades saignés dans les quatre premiers jours avaient succombé, et la quatrième partie seulement de ceux qui avaient été saignés plus tard : propositions diamétralement opposées, dont l'auteur dut conclure que la saignée n'a eu que peu d'influence sur la marche de la péripneumonie. Mêmes calculs pour l'érysipèle à la face et pour l'angine gutturale, mêmes résultats, même conséquence. « Dans toutes ces maladies, l'influence de la saignée n'a pas été plus manifeste dans les cas où elle avait été copieuse et répétée que dans ceux où elle avait été modérée. On ne *jugule* donc pas les inflammations, comme on se plaît à le dire; et

quand il paraît en être ainsi, c'est probablement parce qu'il y a eu erreur de diagnostic, ou parce que l'émission sanguine a eu lieu à une époque avancée de la maladie, quand elle était voisine de son déclin (1). »

Voilà ce que donnent les chiffres pour l'appréciation d'une méthode que beaucoup de médecins regardent comme héroïque. Que donneraient-ils pour d'autres agens? en vérité, je n'ose répondre. Cabanis a fait avec des mots un ouvrage sur la certitude de la médecine; je voudrais qu'un homme scrupuleux, un M. Louis, par exemple, refît ce livre avec des nombres.

Les réflexions que je viens de présenter s'appliquent directement à la pleurésie, à ses crises, à son traitement; je passerai donc sur cette maladie, objet de la dernière section du second volume, pour m'arrêter à la troisième, qui traite de la phthisie pulmonaire.

Pour M. Andral, comme pour M. Laennec, cette maladie est essentiellement caractérisée par la présence de tubercules dans le tissu des poumons; mais tous deux ne conçoivent pas de la même manière le développement des tubercules. « Ce sont, dit M. Laennec, les effets d'une disposition générale, d'une aberration de nutrition inconnue dans sa source qui se fait sans inflammation préalable; et lorsque celle-ci coïncide avec l'affection tuberculeuse, elle lui est le plus souvent postérieure en date. » (*Auscultation*, tom. I, pag. 578 et 579.) « Le tubercule, dit M. Andral, est le produit d'une sécrétion, c'est un pus de nature spéciale (pag. 16), et de ce qu'autour de certains tubercules on ne trouve pas d'inflammation, on n'est

(1) Archives générales de médecine, novembre 1828.

pas en droit d'en conclure que celle-ci n'a pas existé. » (Pag. 12.)

Les granulations grises demi-transparentes que M. Laennec considère comme le premier degré des tubercules, en sont tout-à-fait indépendantes suivant M. Andral. « Ce sont le résultat de l'existence d'un grand nombre de phlegmasies partielles, vésiculaires, au milieu du parenchyme pulmonaire; ces phlegmasies peuvent être tellement multipliées que les granulations qu'elles produisent, lorsqu'on a incisé l'organe, se touchent, se confondent; le parenchyme du poumon paraît alors uniformément induré (infiltration grise demi-transparente de Laennec) : mais ce n'est encore là qu'une apparence, et, par un examen plus attentif, il est facile de se convaincre qu'entre les granulations, le parenchyme pulmonaire a conservé son état sain, ou que du moins il n'est pas induré. » (Tom. II, p. 11.) M. Andral conteste qu'on puisse rencontrer ces granulations, préexistantes aux tubercules, autre part que dans les poumons; ce qu'on a décrit comme telles dans les intestins, ne sont que des follicules plus ou moins développés. « Quant à celles du péritoine et des séreuses, entre elles et les granulations pulmonaires il n'y a que le nom de commun. » (Pag. 6.)

L'autorité de M. Andral est sans doute d'un très-grand poids, mais, en fait d'observation, on ne peut voir qu'avec ses yeux. J'avoue donc que, quelque soin que j'aie apporté jusqu'ici dans l'examen des pièces, il m'a été impossible de saisir aucune différence tranchée entre les granulations de MM. Bayle et Laennec et les petits corps qui se développent, non pas à la surface du péritoine, comme le dit M. Andral, mais au dessous de cette membrane et entre les feuillets des épiploons, dans la péritonite tuberculeuse

et dans les intestins de la plupart des phthisiques. Je n'en ai pas vu davantage entre ces mêmes granulations et celles que l'on trouve dans les ganglions lymphatiques, dans la prostate, dans le tissu pulmonaire de ces malades. Or, comme ces différentes lésions coïncident ordinairement l'une avec l'autre, et qu'on trouve simultanément des tubercules jaunes, opaques ou ramollis dans les poumons, à tel point que sur *trois cent cinquante-huit sujets* M. Louis (1) n'a rencontré que cinq exceptions parmi lesquelles il existait encore quelques granulations jaunâtres et louches au centre, je ne puis me défendre de conserver ma première conviction, et de ne voir dans les tubercules et dans les granulations grises, demi-trans-parentes, quel que soit leur siége, que différens degrés d'une même lésion; effet non point d'un travail local, comme le dit M. Andral, mais d'une disposition générale de l'économie.

Mais l'auteur de la *Clinique* admet aussi une prédisposition sans laquelle les tubercules ne se formeront pas, tandis que, si elle existe à un haut degré, le plus léger dérangement dans le travail nutritif d'un tissu suffira pour la produire. Il dit même que ce dérangement de nutrition ou de sécrétion peut exister et avoir pour résultat la formation des tubercules sans qu'un travail d'irritation l'ait nécessairement précédé (pag. 56). Il ajoute (pag. 26) qu'elle peut en être complétement indépendante, et se trouver liée aux conditions générales d'innervation et d'hématose dans lesquelles se trouve placé un individu, soit originairement, soit accidentellement. Enfin, *dans ses opinions changeantes et progressives, comme la science*

(1) Recherches sur la phthisie, pag. 3.

(avant-propos), il revient à peu près à la théorie de M. Laennec.

Ainsi hérédité, prédispositions, forme spéciale, développement spontané et nécessaire, tout dans l'histoire des tubercules me semble, même d'après les idées de M. Andral, l'expression rigoureuse des faits, et le *sombre roman* (1) de M. Laennec n'est toujours pour moi qu'une triste réalité.

Après ces détails nécroscopiques, qui, j'en conviens, ont quelque chose de désespérant, l'esprit se repose avec complaisance sur des faits d'une nature plus consolante; ce sont ceux qui établissent la curabilité de la phthisie pulmonaire. M. Andral rapporte des observations nombreuses et très-propres à convaincre les personnes dépouillées de prévention. « Mais, ajoute-il, tout en reconnaissant que les excavations tuberculeuses peuvent se cicatriser, nous avouons que dans le plus grand nombre des cas cette cicatrisation n'est guère utile au malade, à raison de l'existence simultanée d'un grand nombre d'autres tubercules. (Tom II, pag. 391.) M. Laennec, qui avait fait de cet objet une étude spéciale, croyait, au contraire, que la phthisie guérit beaucoup plus communément qu'on ne le pense. Il allait même jusqu'à dire qu'on guérit dans la plupart des cas d'une première éruption de matière tuberculeuse dans les poumons; guérison qui serait radicale, si on pouvait prévenir l'éruption secondaire qui survient à une époque plus avancée. Il citait, d'ailleurs, des faits qui établissaient cette possibilité. C'est ainsi qu'il a consigné dans son livre trois observations de phthisie pulmonaire bien guéries chez des

(1) Mot de M. Broussais.

sujets qui avaient repris, depuis plusieurs années, toutes les habitudes de la vie commune,

Mais quels furent les indices de la maladie? quels furent ceux de la guérison? Tous les symptômes généraux, et, dans deux cas, des signes physiques irrécusables. Dans l'un (obs. xx), la pectoriloquie avait apparu avec le cortége habituel de la phthisie et subsistait encore long-temps après la guérison; dans l'autre (obs. xxi), le malade avait expectoré un fragment de tissu pulmonaire infiltré de matière tuberculeuse, soit grise et demi-transparente, soit jaune et déjà ramollie. Cependant, dix ans après, le malade était bien; il n'avait ni toux, ni dispnée, ni expectoration : la seule chose qui pût indiquer l'accident qu'il avait éprouvé était une faiblesse très-grande de la respiration au sommet du poumon droit, jusqu'à la hauteur de la seconde côte.

Bien que M. Laennec eût une très-grande confiance dans l'auscultation médiate, le soin qu'il a mis à relater tous les détails de ces faits prouve qu'il ne négligeait pas l'étude des symptômes généraux; et si quelque chose pouvait prouver l'importance de cette étude, c'est l'histoire même de ce médecin célèbre. Les élèves de la Charité se rappelleront long-temps le *catarrhe sec*, d'affligeante mémoire, dont il était affecté. Ce catarrhe sec durait depuis l'âge de vingt-deux ans; pendant son cours, un amaigrissement, disons mieux, un marasme très-prononcé était survenu; il y avait souvent de la dispnée, de la fièvre, des fatigues sans cause appréciable, parfois même une diarrhée opiniâtre. Elevé dans les hôpitaux, ayant par devers lui les enseignemens et le mémorable exemple de son ami Bayle, éclairé par ses propres recherches et par une pratique spéciale des plus étendues, quel homme mieux que Laennec pouvait appré-

cier la valeur de chacun de ces symptômes? Cependant tous ces accidens n'avaient rien qui pût l'inquiéter; il n'avait qu'un *catarrhe sec*, préservatif presque assuré d'une affection tuberculeuse du poumon. Mais voilà qu'à quarante-quatre ans ce *catarrhe sec* devint tout-à-coup fort humide; une fièvre, qui n'était encore qu'une fièvre catarrhale, s'alluma pour ne plus s'éteindre; la diarrhée devint habituelle; les forces tombèrent sans retour : il n'y avait plus à s'y méprendre; aussi ne s'y trompa-t-il pas. Par une sorte de fatalité dont l'histoire de notre art offre plus d'un exemple, Laennec succomba à la maladie qui avait si long-temps exercé sa pensée; il mourut avec une connaissance parfaite, mais un peu tardive, de son état.

N'allez pas, je vous prie, conclure de là contre l'importance des signes locaux; car si M. Laennec eût pu s'éclairer de ces signes, il est indubitable qu'il eût acquis plutôt une certitude qu'il ne cherchait pas. Tout ce qu'il est permis d'en inférer, c'est que le médecin ne doit rien négliger pour asseoir son diagnostic. Cette maxime dirigeait constamment la pratique de Laennec; c'est aussi la dernière conclusion des deux volumes de M. Andral.

Je ne m'arrêterai point davantage sur un livre dont la réputation est faite, que tout le monde a lu ou que tout le monde voudra lire. J'ai défendu, dans cet examen, les principales idées de M. Laennec : est-ce de ma part esprit de secte, enthousiasme aveugle, égarement de reconnaissance pour le maître qui voulut bien encourager mes premiers efforts? J'ose espérer que le lecteur attentif me rendra plus de justice : partout je crois avoir appelé la critique à mon aide, partout j'ai marché preuves en mains. J'ai signalé des analogies où l'on avait cru voir des

dissidences : heureux de pouvoir ainsi confirmer les découvertes de M. Laennec par les recherches de M. Andral, et, en associant ces deux noms, de payer à la mémoire du premier un nouvel hommage de respect, et aux travaux du second un tribut d'estime que personne ne saurait leur refuser. E. LEGALLOIS.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Emploi de l'huile de térébenthine dans les névralgies.—Hydatides des poumons. — Abcès considérable situé derrière le pharynx. — Soins à apporter dans les rapports d'expertsdans les cas d'empoisnement. — Tintement métallique obtenu par la percussion. — Effets délétères de certaines viandes altérées.—Etat du tissu cellulaire dans la pustule maligne. — Fièvres intermittentes traitées par les ligatures. — Céphalalgies chroniques.

I. *Emploi de l'huile de térébenthine dans les névralgies.*

Depuis l'apparition des recherches de M. Martinet sur l'emploi de l'huile de térébenthine dans les névralgies, et notamment dans la sciatique, plusieurs praticiens ont eu recours à ce médicament, et ont été à même de constater son efficacité chez des sujets où ces maladies s'étaient montrées rebelles. Les faits qui suivent, recueillis dans le service de M. Rayer à l'hôpital Saint-Antoine, viennent de nouveau confirmer les résultats énoncés dans le mémoire de M. Martinet.

Première observation. —Névralgie chronique et rebelle du nerf maxillaire supérieur; inefficacité d'une foule de moyens thérapeutiques; soulagement très-marqué, et à plusieurs reprises, par l'huile de térébenthine.

Un homme, âgé de soixante-six ans, ébéniste, entre à l'hôpital Saint-Antoine dans le mois de mai 1829, présentant les symptômes

d'une névralgie faciale très-intense du côté droit. Cette maladie date de douze ans, et son apparition a coïncidé avec la suppression d'une affection rhumatismale qui siégeait dans le membre thoracique droit depuis quinze mois. Séjour de quelques semaines dans plusieurs hôpitaux. Persistance des douleurs lancinantes et opiniâtres que le malade éprouve, malgré les soins réitérés et prolongés de plusieurs médecins recommandables; l'application de sangsues et de vésicatoires à la joue, les saignées générales, l'acupuncture, l'évulsion de quatre dents, la valériane, les pilules de Méglin, l'extrait de belladone, tout fut inutile. Un des médecins de l'hôpital Saint-Louis fit pratiquer la section du nerf facial, ce qui, comme on le prévoit, ne produisit aucun soulagement.

A l'époque de son entrée à Saint-Antoine, le malade était encore en proie aux plus horribles souffrances; les douleurs siégeaient profondément dans l'orbite, à la fosse temporale, aux alvéoles dentaires supérieures, à la région sous-orbitaire; tantôt elles parcouraient par irradiation toute l'étendue du côté droit de la face; tantôt elles n'avaient lieu que suivant une seule direction, celle d'une des divisions des branches du nerf affecté; elles avaient lieu par accès qui ne duraient qu'un instant (*fulgora doloris*), ou qui persistaient pendant six à huit minutes. Le malade avait plusieurs accès par jours, et ils revenaient à des intervalles d'autant plus rapprochés, qu'il avait exercé plus long-temps et plus souvent l'acte de la mastication et de la parole. Quand l'accès était très-violent, les tégumens de la région sous-obitaire se ridaient, les muscles de la face se contractaient convulsivement et se dessinaient saillans sous la peau, la sécrétion des larmes devenait abondante, quelquefois les mâchoires se heurtaient involontairement l'une contre l'autre; le malade ne pouvait ni parler ni prêter attention à ce qu'on lui disait; la face n'offrait ni rougeur ni tuméfaction notables. La température chaude et humide était vivement redoutée du malade; au contraire, il éprouvait du soulagement pendant les temps secs et froids.

Cet homme, très-irascible et fatigué de ses longues souffrances, invoquait avec impatience les prompts secours de l'art, auxquels néanmoins il n'avait, non sans raison, qu'une très-faible confiance.

Vers la fin de mai, M. Rayer prescrit : *emplâtre opiacé* renouvelé pendant plusieurs jours. Point de soulagement marqué.

Le 2 juin, julep avec un demi-gros d'*huile essentielle de térébenthine*, dont la dose est graduellement élevée jusqu'à deux gros. Amé-

lioration sensible tous les jours ; le douzième jour de cette médication, il y avait un soulagement des plus remarquables ; les douleurs étaient beaucoup moins vives, et les accès beaucoup plus éloignés.

Le 15, des symptômes d'irritation gastro-intestinale s'étant manifestés, on suspend l'emploi de l'huile de térébenthine, et on commence, pour les continuer pendant une semaine, des frictions sur la joue avec la *pommade stibiée*.

Le mieux se continue, les exacerbations restent légères.

Le 25, les accès reparaissent avec plus de violence. On revient à *l'huile de térébenthine*, dont la quantité était portée, le 1er juillet, jusqu'à un gros et demi. Nouveau soulagement des plus manifestes ; mais la susceptibilité gastrique force encore d'abandonner ce médicament. Pendant les jours suivans, on donne plusieurs fois *un demi-grain de tartre stibié en pilules ;* de là, plusieurs vomissemens et quelques selles. L'amélioration de la maladie s'est maintenue.

Le 15 juillet, le malade voulut sortir : il était alors soulagé. Il n'avait plus que trois ou quatre accès légers et courts en quarante-huit heures, tandis que, lors de son entrée à Saint-Antoine, ces accès se renouvelaient avec beaucoup de violence, de vingt-cinq à trente fois dans le même espace de temps.

Le malade rentre à l'hôpital le 17 août ; les douleurs avaient repris leur fréquence et leur intensité premières.

Depuis le 18 août jusqu'au 12 septembre, on emploie sans succès les *préparations arsénicales*, les extraits de *belladonne*, de *datura stramonium*, les *sangsues*, une *saignée générale*, des *vésicatoires* à la joue. On reprend la médication par l'*huile de térébenthine ;* on obtient encore un amendement notable, mais de peu de durée ; car on est bientôt obligé, pour la troisième fois, et toujours pour la même raison, de renoncer à l'efficacité dangereuse de ce médicament.

Du 15 septembre au 26 octobre, six cents grains de *camphre* en pilule, *vésicatoire*, *électro-puncture*.

Le 27 octobre, le malade, à peine soulagé par ces derniers moyens, voulut sortir pour aller habiter quelque temps la campagne. Depuis nous n'avons obtenu aucun renseignement sur son compte.

Seconde observation. — Névralgie sciatique ; insuccès des antiphlogistiques, du camphre, des vésicatoires ; guérison par l'huile essentielle de térébenthine.

Le 16 janvier 1830 est entrée à l'hôpital Saint-Antoine une

femme âgée de quarante-sept ans, marchande des quatre saisons. Cette femme, mère de plusieurs enfans, encore bien réglée, exposée souvent, par son état, à l'humidité et à toutes les intempéries de l'air, fut atteinte, il y a quatre mois, de malaises généraux, de douleurs dans tout le corps, principalement dans les grandes articulations et le long du membre abdominal gauche. Il y a quelques jours que ses douleurs rhumatismales, vagues, l'ont quittée; mais ses souffrances se sont localisées davantage, se sont toutes concentrées dans le membre déjà plus particulièrement affecté. La malade indique d'une manière si précise leur siége et la direction qu'elles suivent, qu'il est impossible de ne pas reconnaître une affection de tout le nerf sciatique; partant de la région lombaire, elles marchent vers la région ischiatique, la partie postérieure de la cuisse, le jarret, la partie externe de la jambe, les environs du tendon d'Achille, et vont se terminer à la plante du pied et aux orteils. Malgré le luxe et l'énergie des hyperboles que la malade emploie à chaque instant pour peindre ses douleurs, il est facile de reconnaître qu'elles sont bien réelles. Sentiment de fourmillement, d'élancemens ou d'arrachement dans toute la longueur du membre; insomnie pénible; les douleurs dans la nuit sont si vives qu'elles arrachent des gémissemens et des cris. Pendant ces accès, il y a céphalalgie intense, malaise précordial et épigastrique, faiblesses, étouffemens.

Pendant douze jours, on prescrit *des pilules de camphre*. Après un soulagement léger et momentané, les souffrances du membre et le malaise général ne font qu'empirer. *Saignée de quatorze onces.* Même état des douleurs névralgiques, mais diminution de la céphalalgie et des étouffemens. Application de *cent sangsues,* en deux fois, sur le trajet du nerf sciatique. Aucune amélioration constante. *Deux vésicatoires volans*, l'un aux environs du grand trochanter, l'autre sur la tête du péroné. Les souffrances, loin de se calmer, ne font qu'augmenter.

Enfin, le 7 février, on prescrit *vingt-quatre gouttes d'huile essentielle de térébenthine dans un julep.* Cette nouvelle médication, continuée tous les jours jusqu'au 14, a triomphé complètement de l'opiniâtreté de la maladie.

Dès le 10, la malade était entièrement délivrée de ses douleurs, et son état général était beaucoup amélioré. Il n'y a eu aucun symptôme de lésion gastro-intestinale.

Aujourd'hui 15, la malade continue à être très-calme et bien portante. (*Lancette française*, février 1830, n° 6.)

II. *Observation d'hydatides du poumon chez un enfant*, par M. Papavoine.

Ameline, garçon, âgé de dix ans, d'une bonne santé habituelle, commença, dans le courant du mois de décembre 1828, à éprouver de la douleur dans le côté gauche de la poitrine, une gêne assez grande de la respiration, de légères palpitations de temps en temps, et à expectorer assez souvent des crachats sanguinolens. Du reste, il était sans fièvre, ne gardait que rarement le lit, mangeait à peu près comme de coutume, et ne maigrissait pas, ou que fort peu.

Le 16 février, on l'admit à l'hôpital des Enfans. Son facies et son embonpoint étaient naturels; les fonctions digestives se faisaient parfaitement bien; la respiration était un peu accélérée et gênée, le pouls un peu fébrile; les crachats étaient ceux d'un simple catarrhe, peu abondans; les deux tiers inférieurs du côté gauche de la poitrine, et particulièrement en arrière et de côté, rendaient un son complétement mat; l'oreille, appliquée sur ce côté du thorax, ne percevait qu'un très-léger bruit respiratoire, d'autant plus obscur qu'on approchait plus de la base du poumon. D'ailleurs, il n'y avait pas le moindre râle; la région précordiale était un peu douloureuse; les mouvemens du cœur un peu plus étendus que de coutume; le décubitus se faisait plus souvent sur le côté sain que sur celui qui était malade. On employa successivement les moyens suivans : le tartre stibié à doses fractionnées, quatre à cinq grains en vingt-quatre heures, pendant quelques jours; puis quelques évacuations sanguines; ensuite les purgatifs; enfin des vésicatoires et un séton.

Le 17 mai 1829 il sortit de l'hôpital, sans que le moindre changement se fût opéré dans son état.

Il fit un séjour de plusieurs mois à la campagne; il y reprit des forces, de la fraîcheur et de l'embonpoint; cependant il continua à tousser, cracha fréquemment du sang, mais chaque fois en petite quantité; il expectora un jour, suivant son expression, *un morceau de chair* (probablement un kyste d'hydatides); il ressentait quelques mouvemens fébriles de temps à autres; il était surtout tourmenté par de fortes palpitations, qui l'obligeaient à se modérer dans ses jeux.

Le 15 septembre, il est pris, sans cause apréciable, de douleur dans le côté gauche de la poitrine, d'un très-grand embarras dans la respiration, d'une toux fréquente, d'une fièvre vive; il rejette des crachats mêlés d'un sang rouge, écumeux; il éprouve de fortes palpitations.

Le 18, il entre à l'hôpital des Enfans, présentant les symptômes précédens ; l'examen de la poitrine nous fournit les mêmes résultats que ceux énumérés plus haut, et de plus, en avant, deux pouces au-dessous de la clavicule gauche, et près du sternum, un souffle bronchique et une bronchophonie assez marqués, et en arrière, près du rachis, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, un souffle presque amphorique, avec résonnance très-sonore de la voix. (Ces deux derniers signes avaient disparu le lendemain.) Les mouvemens des côtés étaient beaucoup moins sensible à gauche qu'à droite ; le pouls était fréquent, petit ; la peau chaude ; les crachats purulens, d'un jaune rougeâtre ; la langue bonne ; l'haleine un peu fétide. Des sangsues furent mises sur le côté douloureux.

Depuis l'époque de son entrée jusqu'au 22 novembre, cet enfant resta à peu près dans le même état, ayant quelquefois un peu de fièvre : d'autres fois le pouls était naturel, il ne souffrait pas de la poitrine, n'avait plus ses palpitations. Ses crachats devinrent de moins en moins abondans ; leur aspect variait beaucoup : tantôt ils étaient légèrement opaques, en masses, nageant dans une plus ou moins grande quantité de mucus, d'autres fois purulens et semblables à ceux qu'on observe dans une phthisie déjà avancée ; quand il se levait, il était fatigué par une toux forte, continuelle. On le mit à l'usage de l'eau d'Enghien et on lui posa un cautère.

Le 22 novembre on lui passsa un séton ; dès ce moment, Ameline vit son état s'aggraver d'une manière assez rapide ; la fièvre plus vive devint continue, la toux plus fréquente, l'expulsion plus abondante, le côté gauche, en dehors, surtout à l'endroit où existait le séton, douloureux. Il maigrit, et cessa de se lever.

Le 4 décembre, au milieu de quelques crachats sanguinolens, il rejeta un kyste d'hydatides. Dans la journée, il est pris tout à coup d'une toux comme convulsive, d'un sentiment d'oppression des plus pénibles, de suffocation imminente ; il s'agite un instant sur son lit, et rend, au milieu de l'angoisse à laquelle il est en proie, environ une livre d'un composé de matières variées. D'abord quinze à vingt lambeaux, membraneux, minces, blancs, opalins, faciles à déchirer, composés en général d'un seul feuillet, quelquefois d'un feuillet principal auquel s'ajoutaient un ou deux autres feuillets secondaires, plus minces ; leur diamètre variait de moins d'un pouce à plus de deux. Ces débris membraneux étaient au milieu d'une substance semi-fluide qui présentait deux nuances principales : l'une était une matière brunâtre, très-visqueuse et analogue à une forte solution de colle de Hollande ; l'autre moins visqueuse,

moins colorée que la précédente, offrait les caractères d'une solution gommeuse épaisse ; de plus, un sang rouge, écumeux, ou brunâtre, du mucus sanguinolent également écumeux, étaient mêlés à ces débris de kystes et au fluide qu'ils contenaient. Après avoir éprouvé cette espèce de vomique, qui fut instantanée, notre jeun maladee effrayé avait la face pàle, couverte, ainsi que les extrémités, d'une sueur froide; mais il se sentait la poitrine débarrassée, la respiration plus libre ; son pouls, très-fréquent, était à peine sensible. La percussion de la poitrine ne nous révéla aucune différence dans les signes que nous avons signalés; le sthétoscope nous fit reconnaître un râle sous-crépitant dans les quatre cinquièmes inférieurs du poumon gauche, un souffle bronchique, et une bronchophonie très-évidens en avant près du sternum; en arrière, entre le rachis et l'omoplate, au niveau de la fosse sous-épineuse, un souffle amphorique peu fort, parce qu'il semblait être profond, mais large. comme si l'air eût pénétré dans une vaste cavité : en ce même point on percevait également une pectoriloqüie. Pendant les deux jours qui suivirent, Ameline expectora deux à trois livres de crachats muqueux, très-écumeux, colorés par un sang d'un rouge vif ; puis la proportion du sang contenue dans les crachats diminua avec leur abondance ; ils revinrent peu à peu à leurs caractères primitifs, la fièvre cessa également au bout de quelques jours, la respiration perdit de sa fréquence.

Le malade sortit dans les premiers jours de janvier, offrant une diminution sensible de développement du côté gauche du thorax, et les autres signes énumérés plus haut sans qu'ils fussent sensiblement modifiés. Son état général était tel, qu'il nous parut avoir plus droit à espérer une guérison complète qu'à craindre une terminaison funeste de sa maladie. (*Journal des progrès*, tom. I, 1830.)

II. *Observation sur un abcès considérable derrière le pharynx ;* par M. Priou, D. M.

Le 30 avril 1829, Debais, employé de la raffinerie de M. Say, âgé de trente-six ans, tempérament bilioso-sanguin, stature ordinaire, est atteint d'un érysipèle de la face. Il n'en va pas moins à son travail et est constamment plongé dans une atmosphère chaude. Le 2 mai au soir, il éprouve un refroidissement subit en se rendant, par un temps froid et humide, à son domicile, qui est situé sur le bord de la Loire. L'érysipèle disparait aussitôt. Alors, agitation très-grande pendant la nuit, douleur vive à l'épaule gauche, au cou et au fond de la gorge.

Il en est ainsi pendant deux jours que le malade garde la chambre ; il fait usage de l'infusion de tilleul et mange peu.

Le 4 mai, je vois Debais pour la première fois. Apyrexie, gêne dans la respiration, inappétence, constipation, signes de gastricité très-prononcés ; le nez est violacé, et tout le côté gauche de la face est couvert d'une desquammation furfuracée. Le fond de la gorge inspecté laisse voir les tonsilles gonflées, blafardes, et le pharynx plus injecté, plus rouge que dans l'état naturel. (Gargarisme avec le miel ordinaire, bouillon de veau; tisanne d'orge mondé et de chiendent, édulcorée avec le sucre blanc ; pédiluve sinapisé, lavement d'eau salée ; selles copieuses.)

Le 5, le cou paraît gonflé ; mais le malade n'y ressent aucune douleur. Deux grains d'émétique dans deux verres d'eau tiède, qui sont pris en six fois ; vomissemens copieux de matières muqueuses et bilieuses. Le soir D. se trouve mieux. On n'aperçoit rien de particulier au fond de la gorge.

Le 6, même état. Cataplasme légèrement sinapisé sur le cou, gargarisme souvent répété. Je recommande que l'on donne de temps en temps du bouillon gras au malade, dont le pouls est faible, et qui ne peut trouver un moment de sommeil.

Le 7, la langue étant très-chargée, et pensant toujours qu'un abcès aurait bien pu se former dans quelque point du gosier, je me déterminai à administrer une seconde fois l'émétique, qui, portant d'ailleurs à la périphérie, pourrait peut-être donner lieu à la rupture de cet abcès, s'il existait réellement. D'un autre côté, je cédais au désir du malade, qui avait déjà éprouvé un soulagement marqué de l'emploi de ce moyen. Selles et vomissemens très-abondans. Le soir, la gêne de la respiration est toujours au même point.

Le 8, déglutition pénible. Les boissons reviennent en partie par le nez ; mais elles n'en sont pas moins prises en abondance. La respiration est bruyante, stertoreuse ; l'oppression est plus grande dans des instans que dans d'autres, et alors le visage est coloré en noir, parce qu'il y a stase du sang dans les capillaires de cette partie. Ces divers symptômes annonçaient bien évidemment un obstacle mécanique qui s'était formé dans les parties profondes du cou ; mais comment agir immédiatement sur lui, puisque le siége en était méconnu, et que tout se passait, pour ainsi dire, *intrà muros?* J'étais donc réduit, malgré moi, à faire la médecine du symptôme. Boissons délayantes, lavement émollient, gargarisme avec la décoction de pavot blanc et le lait doux, qui soulage mieux que celui fait avec le miel.

Le 9, augmentation de tous les symptômes, c'est-à-dire gonflement plus considérable du cou, qui est toujours indolent. Déglutition plus difficile, délire fugace, respiration avec sensation d'un corps comme flottant dans la gorge; le malade ne peut rester assis un seul instant, et se promène sans cesse dans sa chambre. Il ne peut non plus satisfaire le besoin qu'il a de dormir, et s'il veut prendre la position horizontale, il est aussitôt menacé de suffocation. Avant de quitter Debais, pour lequel je concevais de vives inquiétudes, je fis mon possible pour m'assurer de l'état du fond de la gorge. Je n'y remarquai rien d'extraordinaire. Je pressai néanmoins le cou du malade avec la main et de bas en haut, pour voir si, dans le cas où il existerait un foyer purulent, je ne pourrais pas en déterminer l'ouverture, Debais demande des boissons acidulées ou de la bière coupée avec moitié eau. Il prend de préférence, et par petites gorgées, cette dernière boisson, et de temps à autre du bouillon gras. Nuit agitée, jactation; des images lugubres troublent les idées du malade; insomnie, inquiétude extrême, visage hagard.

Le dimanche 10 mai, à six heures du matin, le visage de Debais porte l'empreinte d'une tristesse profonde. Sa voix est altérée, elle est nasillarde; le pouls est faible et lent. Je fais quelques tentatives pour inspecter le fond de la gorge; mais j'éprouve cette fois plus de difficulté, parce qu'une ulcération du bord droit de la langue, produite par des aspérités de l'avant-dernière dent molaire de la mâchoire inférieure, s'oppose à son abaissement. Toutefois, autant que je pus en juger, l'aspect du pharynx et des parties adjacentes me parut être le même que dans l'état naturel. Me rappelant cette sentence d'Hippocrate, *anginâ detento, si tumor in collo extrorsum oriatur bonum*, je crus devoir recourir aux excitans de la peau, et j'appliquai un large vésicatoire camphré à la partie antérieure du cou, et un second au bras gauche qui devait agir plus promptement que celui de la gorge, qu'on ne pouvait maintenir en place qu'à l'aide d'un bandage simplement contentif.

Vers quatre heures de l'après-dîner, Debais tombe sans connaissance sur le carreau, et son visage devient violet. On le croit suffoqué; on le place, demi-assis, sur son lit, où il reprend peu à peu l'usage de ses sens, après avoir bu, avec beaucoup de difficulté, un peu de vin rouge sucré. A six heures du soir, je trouve le malade à peu près dans le même état que le matin; je pansai le vésicatoire du cou avec le chou et le saindoux; je fis ensuite quelques tentatives pour explorer le fond de la gorge; je plaçai entre les mâchoires, et à gauche, un

morceau de liége, et j'introduisis l'index de la main droite aussi loin qu'il me fut possible dans le gosier; j'acquis alors la certitude qu'il y avait fluctuation sous les parois du pharynx. Je conçus dès lors l'espoir de soulager Debais en pratiquant une ponction sur cet organe. Je m'occupai à fixer une lancette sur un petit morceau de bois étroit et de la longueur de la main, avec une bandelette de linge fin, qui me servit en même temps à recouvrir la lame de cet instrument, dont je ne laissai dépasser la pointe que de quelques lignes. Je ne pus néanmoins parvenir jusqu'au foyer purulent avec ma lancette, toujours repoussée avec force par la langue, qu'il m'était impossible de maintenir suffisamment et assez long-temps abaissée pour agir tout à mon aise.

Le lundi 11 mai, à six heures du matin, je me rendis chez Debais avec M. Pradal, et muni d'un pharyngotome. Le malade ayant été assis dans une chaise, et sa tête étant convenablement maintenue par son frère, M. Pradal voulut bien se charger d'abaisser la langue en appuyant le manche d'une cuiller sur le côté gauche. Je m'aperçus que l'isthme du gosier était fermé par une saillie de la partie supérieure du pharynx. Alors armé de mon pharyngotome, qui me servit à peser sur la base de la langue, je le dirigeai obliquement d'avant en arrière, et de manière à diviser transversalement les fibres du pharynx, pour que l'ouverture restât béante et pût permettre au pus un écoulement continuel A peine les parois du kyste, ou, pour me servir d'une expression de M. le professeur Delpech, du sac puogénique, furent-elles incisées, qu'une grande quantité de pus de bonne nature inonda l'intérieur de la bouche. Je fis incliner Debais en avant, et du pus sortit en abondance par le nez et par la bouche : la quantité put en être évaluée, à notre grand étonnement, à une chopine. Peu après le malade se gargarisa avec de l'eau tiède, animée d'une petite quantité de vinaigre. Le soir, l'oppression est presque la même qu'avant l'ouverture de l'abcès; cependant les boissons passent mieux. Nuit bonne.

Le 12, seconde ponction au pharynx. Evacuation copieuse de pus couleur de lie de vin rouge, de mauvaise odeur et d'une saveur très-désagréable pour le malade. Gargarisme, boissons délayantes, vermicelle au gras.

Le 13, le 14 et le 15, je suis obligé de pratiquer une incision au pharynx pour donner jour au pus. Les jours suivans un léger suintement a lieu par les petites plaies, et le 22 mai la guérison de Debais est complète.

(*Journal de Médecine de Nantes.* Décembre 1829).

III. *Accusation d'empoisonnement; soins à apporter dans les rapports judiciaires*; par M. A. CHEVALLIER.

En publiant les détails de l'affaire suivante, nous avons pour but de démontrer le soin que doivent apporter les experts dans l'examen des produits qui leur sont soumis.

Dans le courant du mois d'avril 1829, un nommé M. D..... fut inculpé d'une tentative d'empoisonnement sur la veuve G...... Diverses substances saisies, et particulièrement du bouillon extrait de la marmite de la veuve G....., et de la soupe trouvée dans sa soupière, furent soumis, en province, à l'examen de pharmaciens chimistes, assistés d'un médecin. Ces experts, après avoir, fort heureusement pour l'accusé, mis à part une portion des produits, firent diverses expériences, desquelles ils conclurent *que le bouillon et la soupe étaient empoissonnés; mais que le poison s'était dérobé à leurs recherches, et qu'ils n'avaient pu le saisir.* Cependant, dans leur rapports, ces mêmes experts avaient indiqué les résultats de leurs expériences, et plusieurs de ces résultats démontraient que les substances examinées contenaient un sel de cuivre. En effet ils disaient *que la solution du prussiate de potasse et de fer, versée dans le bouillon, y avait déterterminé un précipité de couleur rougeâtre*, etc.

Ces conclusions n'ayant pas paru suffisantes au juge chargé de l'instruction, on en déféra à l'autorité. M. D..... fut conduit à Paris, et un de MM. les conseillers à la cour royale de Parais rendit une ordonnance, en date du 18 mai 1829, par laquelle il chargea deux experts chimistes, choisis parmi ceux qu'on est dans l'usage d'honorer de ces missions délicates, de procéder *à l'analyse chimique des diverses substances soupçonnées contenir des matières vénéneuses.*

La quantité de bouillon était peu considérable; elle équivalait à une demi-once; il était trouble, avait une couleur fauve : mis sur un filtre, il passait très-clair; la partie insoluble, qui était restée sur le filtre, était floconneuse, et de nature animale. La liqueur filtrée fut essayée 1° par une lame de cuivre, qui ne fut point blanchie; 2° par l'acide hydrosulfurique qui lui donna une couleur verdâtre; 3° par une lame de fer, qui se recouvrit à l'instant même d'un enduit rouge, qui fut reconnu pour du cuivre métallique; 4° par le prussiate de potasse, qui détermina un précipité de couleur brune. De ces résultats, les experts conclurent qu'il était évident que le bouillon qui était soumis à leur examen contenait un sel métallique vénéneux à base de cuivre.

Trois gros de ce bouillon furent additionnés de quelques gouttes d'acide sulfurique, et mis en contact avec un morceau de zinc pur : tout le sel de cuivre fut décomposé, et le cuivre, mis à nu, se déposa sous forme de flocons d'un beau rouge. Ces flocons, recueillis, séchés, puis introduits dans un tube de verre, furent soumis, après avoir été chauffés, à un courant d'hydrogène qui leur rendit la couleur appartenant au cuivre pur.

La quantité de cuivre obtenu dans cette dernière opération représentait environ un grain de sulfate de cuivre.

La soupe, qui avait été réservée par les premiers experts, pesait douze onces; elle n'avait plus l'aspect de soupe, mais bien d'une matière pultacée d'un jaune-brun ; elle était recouverte d'une couche épaisse de moisissure, et elle avait l'odeur de moisi. Une portion de cette soupe fut délayée dans de l'eau distillée; la liqueur fut ensuite filtrée pour être soumise à l'action de divers réactifs.

1° Cette liqueur, mise en contact avec une lame de cuivre, ne changeait nullement l'aspect de ce métal;

2° Mise en contact avec une lame de fer bien décapée, cette lame se recouvrait de cuivre métallique;

3° Traitée par l'acide hydrochlorique, la liqueur prenait une teinte verdâtre.

Il est évident, d'après ces deux derniers faits, que la soupe qu'on examinait contenait également un sel de cuivre. Mais était-ce du sulfate, de l'acétate ou de l'hydrochlorate? c'est ce qu'il était impossible aux experts d'affirmer, parce qu'ils avaient reconnu l'existence de ces trois acides dans la liqueur qu'ils avaient examinée; existence qui s'explique facilement, lorsqu'on se reporte à la composition du sel qui sert à assaisonner les alimens, et qui contient du sulfate et de l'hydrochlorate, et à la présence du pain, qui pouvait fournir l'acide acétique : mais, comme le sulfate de cuivre est le seul sel que l'on trouve facilement dans le commerce, et que ce sel est vendu à tous ceux qui le demandent, sous les noms de *vitriol bleu*, de *couperose bleue*, les experts furent portés à croire que c'était ce sel qui se trouvait dans le bouillon et la soupe examinés.

Environ dix onces de cette *matière pultacée* furent calcinées dans un creuset de porcelaine neuf; pendant la calcination, il se dégagea une forte odeur de pain brûlé. Le charbon provenant de cette décomposition fut inciné; la cendre avait une couleur brune-verdâtre; elle fut traitée à l'aide de la chaleur par de l'eau distillée, aiguisée d'acide nitrique pur. La liqueur qu'on obtint par ce traitement avait une cou-

leur verte, assez intense. Après avoir été évaporée jusqu'à siccité, le résidu de l'évaporation fut traité par l'eau, et fournit un résidu blanchâtre, formé du phosphate terreux qu'on trouve dans le pain.

La liqueur filtrée fut mise en contact avec un morceau de zinc pur, qui en sépara une quantité considérable d'une matière floconneuse d'un brun rouge. Ce précipité était formé de cuivre métallique très divisé; ce cuivre fut recueilli avec soin, puis converti en sulfate de cuivre, qui pesait vingt-deux grains.

Il devint évident pour les experts que la matière qui était contenue dans la cruche était de la soupe altérée par le temps, et que cette soupe contenait une quantité notable d'un sel de cuivre, probablement du sulfate; et ils ne virent aucun inconvénient à le considérer comme tel, puisque tous les sels à base de cuivre sont vénéneux.

Là se terminait la partie chimique du premier rapport fait par les experts à M. le conseiller; mais, en le lui remettant, ils lui firent observer qu'il eût été du plus grand intérêt d'examiner le *vase de fer* dans lequel le bouillon avait été préparé; que ce vase pouvant donner lieu à la décomposition du sel de cuivre, et à la réduction d'une partie du métal, il devait en partie être *cuivré*.

M. le conseiller, frappé de la justesse de cette idée, et dans le double intérêt de la justice et de l'accusé, ordonna que cette marmite serait apportée du greffe de Versailles, où elle était déposée, à Paris, pour être examinée. La remise en fut faite aux experts.

Cette marmite fut examinée avec le plus grand soin : cet examen ne pouvant faire reconnaître la moindre parcelle de cuivre, les experts cherchèrent à s'assurer si la matière grasse qui enduisait la surface de la fonte ne serait pas une cause qui eût pu empêcher le sel de cuivre d'être décomposé par le fer : à cet effet, ils versèrent sur une des parois de cette marmite une dissolution faible de sulfate de cuivre, et la laissèrent en contact pendant quelques heures.

L'examen de la partie qui avait été touchée par la solution faible du sel de cuivre leur démontra que la matière grasse ne s'était pas opposée à la décomposition du sel, car la surface était complétement cuivrée, et on ne pouvait, ni par l'eau, ni par le frottement, ni à l'aide de sable, faire disparaître totalement la couleur cuivrée.

De ces faits, les experts conclurent *que le sel de cuivre que la soupe contenait n'avait point été ajouté dans le bouillon, lorsque ce bouillon était encore contenu dans la marmite de fer.*

Les conclusions de ce dernier rapport changeaient tout-à-fait la position de l'inculpé. L'accusation l'avait suivi pas à pas; elle le voyait,

pour ainsi dire, mettre le sel de cuivre dans la marmite, et, si ce sel n'y avait pas été mis, l'accusation tombait d'elle-même, l'inculpé était absous, et mis en liberté.

M. le conseiller crut devoir ordonner de nouveaux essais, et il voulut bien honorer les mêmes experts de sa confiance en les chargeant de les faire.

Ils furent commis à l'effet de vérifier, par l'expérience, *si une soupe faite dans la marmite de fonte appartenant à la veuve G....., et composée exactement comme celle que la veuve G...., y avait faite le mardi* 10 *mars* 1825, *à quatre heures du soir, serait susceptible de retenir une quantité quelconque de sulfate de cuivre dans un temps donné, ou si l'intérieur de cette marmite serait plus ou moins recouvert d'une couche de cuivre visible à l'œil* (couche de cuivre provenant de la décomposition du sel par le métal composant la marmite).

En conséquence, on remit de nouveau aux experts la marmite appartenant à la veuve G....., et on leur communiqua le procès-verbal contenant la déclaration de ladite dame G....., afin d'agir, autant que possible, dans les conditions indiquées dans cette déclaration, qui avait été reçue par M. le juge d'instruction de la localité.

Pous atteindre le but qu'ils se proposaient, les experts remplirent la marmite d'eau de fontaine jusqu'à trois pouces du bord; ils y ajoutèrent trois livres de petit lard maigre, et placèrent le tout sur le feu. Après quatre heures d'une ébullition modérée, et lorsque le lard fut aux deux tiers cuit, ils y mirent deux choux (coupés chacun en quatre parties), trois poireaux, quatre carottes, coupés en quatre, et un bouquet de persil et de feuilles de céleri, et ils laissèrent continuer l'ébullition.

Cette soupe fut préparée dans l'espace de six heures de temps; après ce laps de temps, on retira le lard et tous les légumes; ils remarquèrent que le bouillon était recouvert de graisse, et que la paroi interne de la marmite était très-grasse.

Le bouillon étant refroidi, ils pesèrent la quantité, qui était de neuf livres; ils le remirent dans la marmite, et, supposant que six onces de bouillon pourraient tremper quatre onces de pain, ils ajoutèrent au bouillon une once de sulfate de cuivre, pour se trouver dans les proportions relatives à la quantité de sel de cuivre qu'ils avaient reconnue dans dix onces de la soupe qui avait été faite par la veuve G....., le mardi 10 mars, et qui n'avait été mangée que le mercredi 11 mars. Aussitôt après que le mélange fut fait, le bouillon prit une teinte bleu-verdâtre assez foncée; teinte qui, une heure après, avait

changé, et se rapprochait davantage de la couleur verte ; en inclinant la marmite, on voyait que toute la surface mouillée par le bouillon avait une couleur rouge cuivrée; une petite portion de ce bouillon, examinée par les réactifs, indiquait qu'il contenait encore une quantité notable de ce sel de cuivre mêlé de sel de fer.

Il fut donc évidemment démontré par cette expérience que la marmite de fer décompose le sel de cuivre, comme elle aurait décomposé tout autre sel cuivreux mis dans le bouillon, et que le bouillon, composé d'après la déclaration de la femme G....., ne s'opposait nullement à l'action de la fonte sur les sels de cuivre.

Les experts suivirent exactement la progression de la décomposition du sel de cuivre sur les parois de la marmite, et reconnurent qu'à la huitième heure le sulfate de cuivre (une once), qui avait été ajouté au bouillon, était complètement décomposé, quoique le bouillon fût parfaitement froid.

Les parois de la marmite, jusqu'au niveau du bouillon, étant examinées, on reconnut que, jusqu'au niveau du bouillon, elle avait une couleur brillante cuivrée, et que le bouillon avait une couleur vert sale.

Ce bouillon, essayé par divers réactifs, présentait les phénomènes suivans :

Traité par le prussiate de potasse, il donnait un précipité bleu.

Traité par l'ammoniaque, il fournissait un précipité jaune ocracé ; la liqueur filtrée restait jaune.

Le bouillon fut ensuite soumis à l'ébullition, pour voir si, par l'action de la chaleur, la surface de la marmite cuivrée conserverait la couleur rouge; ce qui fut confirmé par l'expérience.

Ils essayèrent de récurer la marmite avec de la cendre et du grès, et ils s'assurèrent qu'il était impossible d'en détacher tout le cuivre.

Il résulta de toutes ces expériences :

1° Que la nature du bouillon que la veuve G..... avait fait dans sa marmite n'empêchait nullement la marmite de fer de décomposer les sels de cuivre ;

2° Que les parois de la marmite de fonte se recouvraient d'une couche brillante de cuivre rouge, qu'il était impossible de ne pas apercevoir, et que cette couche de cuivre ne pouvait être entièrement détachée par le frottement, à l'aide du sable ou de la cendre.

Ces considérations déterminent les experts à ne point admettre que le sulfate de cuivre trouvé dans la soupe, et le bouillon servi par la

veuve G..... à son fils, le 11 mars dernier, eût été ajouté au bouillon contenu encore dans la marmite.

L'action du prussiate de potasse sur le bouillon et sur la soupe pris chez la veuve G....., et qui avaient été transmis par l'autorité, confirment cette opinion ; car, ainsi qu'il a été constaté par les deux expertises, ce bouillon donnait une couleur brune par le prussiate de potasse ; tandis que, si le sulfate de cuivre eût été ajouté au bouillon encore contenu dans la marmite, il aurait précipité en bleu par le prussiate de potasse.

Une lettre de M. le conseiller à la cour royale a fait connaître aux experts que, peu de jours après leur dernier rapport, un arrêt de la chambre d'accusation avait déclaré qu'il n'y avait lieu à suivre contre l'inculpé, et avait ordonné sa mise en liberté.

On voit, par cet exposé, combien il importe que les magistrats chargés de constater des faits de cette importance, et les experts qu'ils délèguent, apportent de soins, de peines dans la recherche de la vérité. Aucune circonstance, aucune particularité, même insignifiante en apparence, ne doivent être négligées, et nous avons cru rendre service à l'humanité et à la justice, en publiant les détails authentiques que nous soumettons à nos lecteurs.

(*Journal de chimie médicale.* Mars 1830.)

IV. *Explication du bruit de pot fêlé, ou tintement métallique, obtenu par la percussion chez les phthisiques.*

Les médecins qui ont l'habitude d'employer la percussion comme moyen d'exploration dans les maladies de poitrine ne sont pas sans avoir jamais entendu un bruit particulier que rend quelquefois la région claviculaire de certains phthisiques, lorsqu'on la percute. Ce bruit, désigné sous le nom de *bruit de pot fêlé*, à cause de sa ressemblance avec celui que rend un vase de terre fendu, avait été indiqué par Laennec comme annonçant l'existence d'excavations tuberculeuses ramollies près de la surface du poumon. M. Martinet le donna en 1824 comme *une espèce nouvelle de tintement métallique*, et la regarda comme un signe d'excavations pulmonaires à moitié pleines de liquide et d'air, communiquant avec les bronches, ou comme annonçant un épanchement gazeux et liquide dans la cavité de la plèvre, sans communication avec les bronches (1).

(1) Plusieurs observations de M. Martinet, bien que publiées en

Les observateurs ont eu souvent, depuis, l'occasion de vérifier ce qui avait été dit sur ce sujet; mais il en est peut-être qui ne se sont point parfaitement rendu compte de la véritable cause de ce bruit, ainsi que des circonstances diverses dans lesquelles on peut le produire. Ce manque d'explication d'un phénomène tout physique et si simple nous engage à consigner ici une courte note sur ce sujet. Ce n'est point assez, en effet, d'avoir constaté la coïncidence de tel ou tel phénomène avec telle ou telle lésion organique; il importe encore, pour que l'auscultation acquière tout le degré d'utilité dont elle est susceptible, que la véritable cause mécanique des différens bruits qu'elle nous fait reconnaître dans la poitrine ou ailleurs, nous soit parfaitement démontrée.

Le bruit dont il est ici question, comme il a été déjà dit, a été comparé à celui d'un pot fêlé quand on le percute. Laennec avait dit aussi qu'on le confondrait très-aisément avec celui que donnerait par la percussion un objet susceptible de résonnance que le malade porterait au cou, comme un collier ou une croix dont les diverses parties seraient mal jointes. On peut le comparer avec plus de ressemblance encore avec le bruit que l'on peut produire lorsque, les deux mains étant jointes ensemble, de manière à renfermer entre elles une quantité plus ou moins considérable d'air, on vient à en frapper avec légèreté et vitesse une autre partie du corps plus ou moins résistante, telle que le genou, par exemple. On sait que l'air, en s'échappant alors de l'espèce de cavité qui le renferme, donne lieu à un bruit semblable à celui que produirait le choc de plusieurs pièces de monnaie. Mais on sait ausi que, si les mains viennent à être disposées de manière que l'air emprisonné ne puisse être chassé, le cliquetis produit d'abord cesse de se faire entendre.

Or ce qui se passe ici n'est pas seulement propre à nous donner une idée nette de ce que l'on entend sous le nom de *bruit de pot fêlé*, mais encore à nous en faire connaître la véritable cause. Cette identité

1824, remontent, ainsi qu'il en est fait mention dans son article, à 1817; M. Husson, dit M. Martinet, « percutait la partie supérieure de la poitrine d'un phthisique, lorsqu'il fut fort étonné, ainsi que trois ou quatre jeunes médecins au nombre desquels je me trouvais, d'entendre un certain bruit métallique que chacun compara aussitôt au son que donne le contact de deux métaux. »

(*Revue médicale*, tom. II, pag. 189; 1824.)

des phénomènes produits dans ces deux circonstances nous permet aussi d'indiquer pourquoi ce bruit est produit plus facilement dans certains cas que dans d'autres; et pourquoi surtout il cesse de se faire entendre quelquefois chez des malades où un instant auparavant la percussion, pratiquée au même degré et de la même manière, en fait constater l'existence. Les faits seront notre appui.

Une première remarque qu'il importe de faire, c'est que le phénomène dont il est question s'observe bien plus fréquemment, et d'une manière beaucoup plus tranchée, lorsque l'on percute le cadavre des phthisiques que les malades eux-mêmes pendant la vie. Il est rare, dans le premier cas, qu'une percussion plus ou moins forte, pratiquée sur la clavicule ou sur la partie du thorax située au-dessous d'elle, ne donne point naissance au tintement indiqué, soit pur, soit accompagné d'un gargouillement dû à l'agitation du liquide contenu dans les cavernes. Ce bruit, toutes choses égales d'ailleurs, est d'autant plus marqué, que les cavernes sont plus vastes, et les parois thoraciques plus décharnées. Mais une circonstance également essentielle à sa production, ou au moins à ce qu'il ait lieu d'une manière quelque peu appréciable, c'est que l'ouverture supérieure de la trachée soit libre, et que la bouche et les narines restent ouvertes. S'il en était autrement, le phénomène n'aurait point lieu. Comme sur le cadavre on est maître de fermer ou de laisser libre l'ouverture de la bouche et des narines, on peut aussi à volonté faire naître ce bruit, ou cesser de le produire en continuant la percussion, par cela seul qu'on laisse libre ou qu'on interrompt tour à tour la communication de l'air contenu dans les voies aériennes avec celui de l'extérieur.

L'expérience suivante, qu'il sera facile de répéter, mettra hors de doute ce que nous venons d'avancer.

Une femme de vingt-sept ans, couchée au nº 8 de la salle Saint-Jean, service de M. Louis, à l'hôpital de la Pitié, y mourut dans le cours du mois de février, des suites d'une phthisie parvenue au troisième degré. On avait reconnu chez elle tous les signes rationnels de l'existence de l'affection tuberculeuse des poumons, et de plus l'auscultation avait fait découvrir de vastes et nombreuses excavations dans le lobe supérieur de cet organe du côté gauche. Il ne s'agit point ici de rapporter cette histoire avec détails; elle sera exposée ailleurs conjointement avec d'autres du même genre; ici elle ne peut intéresser qu'en ce qu'elle regarde le sujet qui nous occupe. Or la percussion pratiquée sur le cadavre, avant l'examen nécroscopique, sur les régions sous-claviculaires, faisait entendre très-distinctement le bruit de pot fêlé.

Ce bruit existait faiblement du côté droit, et au contraire extrêmement marqué du côté gauche. Dans ce dernier point, la percussion la plus légère suffisait pour le produire. La bouche alors était largement ouverte. Pendant que nous pratiquions ainsi la percussion, nous fîmes rapprocher les mâchoires du cadavre et fermer exactement la bouche et les narines; le bruit cessa aussitôt d'être entendu. Le contraire eut lieu lorsque les parties furent remises dans l'état où elles étaient auparavant; et la même expérience, plusiers fois répétée, et toujours avec les mêmes résultats, ne dut plus laisser aucun doute sur la liaison nécessaire de ces différens faits. L'autopsie fit reconnaître l'existence de vastes et nombreuses cavernes tuberculeuses occupant la presque totalité du lobe supérieur du poumon gauche, et en même temps celle d'une autre caverne isolée, et capable seulement de contenir une grosse noisette au sommet du poumon droit.

L'explication de ce que nous avons observé ici a à peine besoin d'être donnée : il est évident que l'air contenu dans la caverne, chassé au-dehors par une percussion rapide, et obligé de traverser les orifices bronchiques d'une dimension peu considérable, doit donner lieu au bruit que nous avons entendu, tout de même que cela a lieu dans l'expérience que nous avons citée au commencement de cette note. Il est bien évident aussi que, dans le cas que nous venons de rapporter comme dans cette même expérience encore, c'est parce que l'air, retenu dans les voies aériennes, comme il l'est entre les mains hermétiquement fermées, ne peut qu'être comprimé à raison de son élasticité, qu'aucun bruit ne doit se faire entendre.

On a peine à croire que la cause d'un pareil phénomène ait pu être méconnue; ainsi, dit Laennec, « je n'ai observé ce phénomène *peu commun* » (et on l'observe au moins sur presque tous les cadavres des phthisiques) « que chez des sujets dont les parois thoraciques étaient très-grêles et très-élastiques; il m'a paru aussi que, chez ces sujets, *les ligamens qui unissent la clavicule au sternum étaient plus lâches qu'à l'ordinaire.* » Cette dernière observation, que nous croyons peu exacte, renferme implicitement une explication du phénomène, qui selon nous est tout-à-fait erronée; car elle semblerait faire dépendre ce bruit, en grande partie du moins, du jeu de l'extrémité interne de la clavicule dans son articulation sternale; ce qui ne saurait être admis, car, dans ce cas, l'ouverture ou l'occlusion de la bouche et des narines ne devrait être pour rien dans le phénomène.

Si, au contraire, les choses se passent comme nous venons de l'exposer, on se rendra facilement raison de ce que ce bruit se fait entendre,

toutes choses égales d'ailleurs, plus souvent sur le cadavre que chez l'homme vivant; et de ce que, chez ce dernier, il arrive quelquefois qu'il cesse tout à coup d'avoir lieu, lorsqu'il existait quelques instans auparavant, et sans que d'ailleurs rien n'ait été changé dans l'intensité de la percussion et la manière de la pratiquer.

La première de ces observations a pu être faite par tous ceux qui pratiquent la percussion sur le cadavre, dans le but d'éclairer la question de l'application de ce moyen au diagnostic des maladies de poitrine; et si cette remarque avait pu leur échapper à cause de son peu d'importance, ou parce que leur attention aurait été plus spécialement dirigée sur quelque autre phénomène, il suffirait de rappeler leur souvenir sur ce point, pour les convaincre que le bruit de pot fêlé est en effet venu très-souvent frapper leurs oreilles dans les circonstances que nous indiquons.

Peut-être les médecins ont-ils été moins souvent à même de remarquer cette disparition subite du bruit de pot fêlé chez des malades chez lesquels son existence venait d'être constatée; toutefois le fait est constant, et il n'y a que quelques jours encore que nous avons pu le vérifier chez un phthisique, couché salle Saint-Raphaël, n° 5, à la Pitié, service de M. Louis. Ce médecin avait, en effet, reconnu chez ce malade la présence d'une vaste caverne dans le lobe supérieur du poumon gauche, et en même temps celle d'un bruit de pot fêlé très-sensible par la percussion dans les points du thorax correspondans. Nous répétions nous-même, quelques instans avant la visite, la même observation, lorsqu'à l'approche de M. Louis et d'un assez grand nombre d'élèves qui l'accompagnaient, ce bruit cessa tout à coup de se faire entendre. Rien cependant n'était changé, ni dans les conditions physiques du poumon, ni dans le mode de percussion; aussi ne pûmes-nous en accuser que les changemens survenus dans l'état du malade lui-même modifié par l'espèce d'appréhension qu'avait pu lui causer la présence du médecin et de ceux qui l'entouraient. Or voici quels effets avaient dû en résulter sur la constitution du thorax et des autres parties des voies aériennes : 1° contraction plus ou moins énergique et permanente, quoique instinctive, des muscles qui meuvent les côtes, pour diminuer, sous le rapport de la douleur, les résultats d'une percussion plus ou moins répétée à laquelle le malade pouvait s'attendre; 2° occlusion de la glotte et de la bouche comme moyens auxiliaires destinés à retenir l'air dans la cavité de la poitrine, et dans le même but. On sait, en effet, que c'est à l'aide de ce mécanisme que quelques bateleurs supportent impunément des

poids énormes ou des chocs des plus violens sur la poitrine. Et ce qui prouve que les choses se passaient ainsi chez notre malade, c'est que, lui ayant recommandé d'ouvrir la bouche, qu'il tenait fermée lorsque le bruit avait cessé de se faire entendre, nous l'avons aussitôt reproduit, et *vice versâ*, la communication de l'air contenu dans la caverne et la trachée avec celui de l'extérieur du corps ayant été tour à tour interrompue ou rétablie.

Nous pensons qu'il en est ainsi dans toutes les circonstances analogues.

C'est aussi parce que cette communication est toujours libre dans les cadavres, chez lesquels n'existe plus aucune contraction musculaire ni des muscles du thorax, ni de la glotte, et dont l'ouverture buccale est le plus souvent plus ou moins béante, que le phénomène dont il est question est presque constamment produit. Nous ne parlons point ici des différences qui peuvent dépendre du mode de percussion dont on peut à volonté sur le cadavre augmenter l'intensité; nous la supposons pratiquée avec une égale force, pendant la vie et après la mort: sur le cadavre, en effet, des chocs énergiques et répétés, ayant lieu sur une assez grande surface, peuvent développer un bruit analogue à celui dont nous avons parlé, lors même qu'il n'existe point dans les poumons de cavernes tuberculeuses ou de toute autre nature.

(*Journal hebdomadaire*. Mars 1830.)

III. *Observations sur les effets délétères produits par l'usage de certaines viandes altérées*; par le docteur Ollivier (d'Angers).

Le 25 juillet 1824, le sieur Plassiard acheta chez M. Proton-Lesage, rue Montorgueil, un pâté de jambon. Le jour même il mangea, ainsi que sa famille, de la viande du pâté; le lendemain seulement on en mangea la croûte. Trois heures après ce repas, le sieur Plassiard éprouve un malaise général, suivi de sueurs froides, de frissons accompagnés de violentes douleurs d'estomac; et bientôt des vomissemens répétés se déclarent. Le malade est tourmenté par une soif ardente, le ventre devient douloureux, et des déjections alvines très-abondantes succèdent à des coliques excessivement aiguës. Sa fille, âgée de 27 ans, et un enfant de 9 ans éprouvent exactement les mêmes accidens. Un médecin, appelé peu de temps après le développement de ces symptômes, exposa, dans un rapport fort détaillé, les phé-

nomènes que présentaient ces trois individus, et déclara que leur état dénotait une inflammation violente de l'estomac et des intestins, avec une sensibilité tellement grande, que le poids des draps seuls était insupportable. Ces accidens graves se dissipèrent après quelques jours de l'emploi d'un traitement antiphlogistique énergique. Dans les conclusions de son rapport, le médecin exprimait l'opinion que les accidens éprouvés par la famille Plassiard pouvaient être dus à la présence du sous-deuto-carbonate de cuivre (vert-de-gris), qui aurait été communiqué par les moules dont se servent les pâtissiers. — Les restes du pâté, analysés par MM. Barruel et Ollivier, n'offrirent cependant aucune trace de poison métallique, et des recherches faites par l'autorité chez Lesage à l'occasion de plusieurs accidens du même genre, observés à la même époque, prouvèrent que tout, chez ce pâtissier, était préparé avec une grande propreté. — Après avoir rapproché ces accidens des cas d'empoisonnement observés en Allemagne par suite de l'usage de certains boudins, l'auteur de l'article dont nous donnons un extrait ajoute qu'il n'est pas à sa connaissance qu'aucun fait analogue à celui qu'il rapporte ait été jusqu'ici observé et signalé en France. M. Ollivier pourra lire la relation circonstanciée d'un fait tout semblable observé par M. Vallerand de La Fosse, et consigné par ce médecin dans la *Nouvelle Bibliothèque médicale*, IIIe année, 1825, tome IX, page 195.

(*Archives générales de Médecine*. Février, 1830.)

IV. *Observations sur les changemens que subit le tissu cellulaire affecté de pustule maligne*, par A. Lembert, D. M. P.

Le nommé Chauvard, âgé de vingt-quatre ans, préparateur de cuirs, contracta un bouton malin à la paupière inférieure gauche. Dix jours après, les parties affectées avaient les caractères suivans : paupière supérieure gauche œdémateuse dans toute son étendue, d'un rose violacé; trois vésicules translucides, argentines bordent son bord libre. L'agent morbifique a eu évidemment ici pour effet une sécrétion active de la sérosité des vacuoles celluleuses, et les trois vésicules ne paraissent qu'une des formes de l'œdème. On observe ensuite les caractères et les suites de l'inflammation dans les tissus œdémateux. La paupière est d'un rose violacé, et, comme il est facile de le juger, dans un état de gangrène imminente. La paupière inférieure est encore plus violacée que la précédente; elle porte à son bord un bouton saillant lobulé, large comme une graine de ricin. Le centre de ce bouton offre un point

noir; sa circonférence, des vésicules qui contiennent une sérosité épaisse et sanguinolente. L'état de la paupière inférieure nous fait voir que la sérosité épanchée subit des altérations, qu'elle s'épaissit; que la teinte violacée augmente en proportion, ce qui porte à croire qu'elle est due à la stase du sang appelée par l'irritation; qu'enfin la gangrène est survenue avec ces changemens, ce qui nous porte à les leur attribuer. Toute la joue, la tempe, la région massétérine, auriculaire, la partie supérieure et moyenne du col, forment une tumeur d'un violet très-pâle, tendue, luisante, et tellement arrondie, que tous les sillons et enfoncemens qui séparent ordinairement ces parties sont effacés. La masse de cette tumeur est tout-à-fait compacte, et paraît renfermer un grand nombre de ganglions engorgés. La chaleur est âcre, mordicante; quand on enfonce le doigt, il semble que l'on presse un parchemin tendu sur une masse gélatineuse; la compression fait disparaître la couleur violacée, mais elle reparaît aussitôt après. Les caractères de ce gonflement me paraissent confirmer ce qui vient d'être dit sur le changement qui s'opère dans le tissu cellulaire; si la peau ne paraît pas résister de la même manière que les parties qui lui sont sous-jacentes, on peut l'expliquer par sa texture serrée, en vertu de laquelle elle résiste à l'infiltration. On a en effet par le toucher deux sensations : l'une de la peau, qui paraît mince et sans souplesse; l'autre, des tissus sous-cutanés qui paraissent mous comme une gelée. Cet homme ayant guéri, nous n'avons pu avoir la preuve anatomique des changemens du tissu cellulaire, mais nous ne tardâmes pas à l'obtenir sur un autre malade dont voici en peu de mots l'histoire.

Charles, âgé de cinquante-cinq ans, conducteur de moutons, fut atteint d'un bouton malin au-dessous de la commissure externe de l'œil gauche; il occasionait peu de douleur, mais provoquait de la démangeaison. D'abord il n'attira que faiblement l'attention du malade; mais le lendemain il avait augmenté de volume et présentait un point noirâtre à son centre. A sa circonférence, un gonflement d'un rouge livide formait une zone, dont les progrès étaient rapides. Le malade reconnut alors lui-même la maladie, et se présenta à l'hôpital Saint-Louis, où l'interne de garde lui appliqua un bouton de feu.

Le 13 octobre, entrée à l'Hôtel-Dieu. Escarre noire au-desous de l'angle droit de l'œil, résultant de l'application du feu. Autour de l'escarre, phlyctènes rousses et translucides. Sur tout le côté gauche de la face, gonflement comme celui que nous avons signalé dans l'observation précédente; pouls fréquent, mais peu développé. Le gon-

flement ne tarda pas à s'étendre au côté droit de la face, à tout le col, au point de comprimer la trachée-artère et le larynx, et de produire une forte dyspnée. Enfin il s'étendit à la partie postérieure du col et antérieure du thorax, toujours avec la lividité et la crépitation de la peau. Il y avait intégrité de l'intelligence, mais beaucoup de somnolence (saignée au bras, quarante sangsues au cou). Le jour suivant, augmentation de la dyspnée, langue livide, pouls fréquent, très-faible, même gonflement (trente sangsues autour du cou, vésicatoire entre les épaules). La respiration devient de plus en plus laborieuse, et le malade meurt asphyxié.

Autopsie cadavérique. Grande rigidité du cadavre. Couleur livide de la peau malade, œdème des paupières du côté gauche. Désorganisation de l'œil qu'elles recouvrent; il est réduit à une pulpe d'un gris noirâtre, au milieu de laquelle on reconnaît à peine les principales parties constituantes. Le tissu cellulaire de toutes les parties tuméfiées et du cou en particulier est infiltré d'un liquide séro-gélatineux, demi-transparent; la couche gélatineuse a sous la peau environ quatre pouces d'épaisseur.

Une masse de gelée jaunâtre occupe le médiastin antérieur. On rencontre à la face antérieure du péricarde environ trois onces de cette gelée. Elle y est agglomérée de manière à avoir la forme d'un œuf. La séreuse cardiaque contient deux onces de sérosité sanguinolente. Le cœur est gras. Tout le reste du système circulatoire est trouvé sain.

Adhérence cellulaire des plèvres. Poumon droit engorgé, peu perméable. Cavité de l'arachnoïde, mouillée par de la sérosité. Il en existe entre elle et la pie-mère, surtout à droite. Les ventricules sont remplis, la substance cérébrale est évidemment injectée. Estomac sain, d'un gris jaunâtre, comme d'un gris ardoisé. Iléon çà et là injecté.

Je n'ai pas besoin d'ajouter à tout ce que dit cette observation. Elle me semble prouver, 1° que la pustule maligne n'affecte pas spécialement la peau : M. Rayer en a observé une dans l'estomac; 2° que la maladie consiste dans une sécrétion séro-gélatineuse, provoquée par l'agent morbifique, et que la gangrène paraît une suite de la gêne que cette matière sécrétée apporte dans la circulation, du sang qui afflue, nonobstant, en raison de l'irritation; 3° que cette sécrétion, qui est le principal caractère anatomique de la pustule maligne, peut exister dans des espaces cellulaires très-éloignés de la peau ou des membranes muqueuses. (*Journal des Progrès*, tom. 1, 1830.)

V. *Fièvre intermittente, traitée par les ligatures des membres.*

Malgré la précieuse vertu du sulfate de quinine dans les fièvres d'accès, tout le monde sait qu'il peut se présenter des cas où ce puissant tonique pourrait n'être pas sans inconvénient, ni même sans danger : chez beaucoup d'enfans, par exemple, auxquels il est difficile de faire prendre cette préparation à cause de son amertume, et chez les malades atteints en même temps de fièvre intermittente et de phlegmasie gastrique. Parmi les moyens que l'on a tenté de substituer quelquefois au quinquina, quelques auteurs, et entre autres MM. Martinet (1) et Lallemand ont préconisé l'application de ligatures serrées autour des membres quelques instans avant l'accès. Le fait suivant, dans lequel M. Rayer a voulu essayer récemment cette méthode, à l'hôpital Saint-Antoine, sans prouver complètement son efficacité, donne cependant quelque espérance, et doit engager les praticiens à ne pas dédaigner de mettre en usage un moyen des plus simples, et qui, dans plus d'une occasion, pourrait devenir d'une très-grande utilité.

Un jeune homme d'un tempérament assez robuste, âgé de vingt-huit ans, jardinier, éprouvait depuis huit jours les symptômes d'une fièvre intermittente quotidienne, qui débutait à cinq heures du soir, et ne se terminait que le lendemain matin vers sept heures. Pendant les trois stades ordinaires qui se manifestaient constamment, le malade était en proie à un malaise des plus violens ; rachialgie, douleurs abdominales, céphalalgie intense ; brisure des membres, insomnie pénible : tel fut le caractère de l'accès, semblable aux précédens, que le malade éprouva le premier jour de son entrée à l'hôpital.

Le deuxième jour ; bandelettes de linge serrées fortement autour des poignets et des malléoles un quart d'heure avant l'époque ordinaire de l'accès, et laissées en place pendant une heure. La fièvre est venue à l'heure accoutumée, mais elle a été beaucoup moins longue et beaucoup moins violente, et le malade a commencé à jouir du sommeil après le stade de la chaleur.

Les troisième et quatrième jours, application des mêmes ligatures. Pendant ces deux jours l'accès, qui a encore marqué, a été beaucoup plus court que les précédens, sans frisson notable, sans malaise pénible ; la nuit le malade a dormi long-temps.

---

(1) Bibliothèque médicale. 1820.

Le cinquième jour on renouvelle les ligatures; mais, par inadvertance du pharmacien, le malade prend huit grains de sulfate de quinine. Suppression complète de l'accès. Les quatre jours suivans, on néglige de placer des ligatures autour des membres, et on continue le sulfate de quinine. L'apyrexie a persisté, et le malade est sorti bien portant le quinzième jour de son entrée à l'hôpital.

(*La Clinique*, janvier 1830, n° 4.)

VI. *Considérations sur les céphalalgies chroniques*; par M. Chomel.

Parmi les malades que l'on remarque dans les salles de la clinique, nous signalerons spécialement à l'attention le suivant.

Le malade dont il s'agit est, depuis plus d'un mois, tourmenté par des maux de tête qui ne lui laissent aucun repos, et dont les exacerbations fréquentes l'empêchent absolument de vaquer à ses occupations. En même temps les extrémités inférieures, les pieds principalement, sont le siége d'une sensation de froid que le malade ne peut faire cesser, et qui semble s'accroître avec les exacerbations de la céphalalgie. M. Chomel a fait, à cette occasion, quelques réflexions qui serviront utilement à la pratique.

Le froid aux pieds est un phénomène à peu près constant dans les céphalalgies; il en est assez souvent *l'effet*; d'autres fois il en est *la cause*. Si l'on veut chercher l'explication de ce fait, on la trouvera dans le stimulus qui, pour le premier cas, fixe en quelque sorte le sang au cerveau, et l'y attire aux dépens des autres organes; pour le second cas, dans le reflux vers les parties supérieures du sang qui circule dans les parties inférieures et que repoussent les tissus resserrés par la privation du calorique.

Il est important, pour la pratique, de distinguer ces deux conditions de l'existence du froid avec les maux de tête.

Comme cause de maux de tête, le froid mérite une attention bien plus grande que celle qu'on lui accorde communément; M. Chomel insiste sur ce point. Son expérience l'a convaincu que les céphalées les plus rebelles ne tiennent souvent qu'à cette seule influence.

Des migraines cruelles, et tout le cortége des *vapeurs* viennent incessamment assaillir, comme on sait, ces femmes qui, appartenant à cette classe de la société où l'opulence les éloigne des occupations habituelles de leur sexe, sacrifient à toutes les frivolités de la mode,

et s'astreignent par un déplorable amour-propre à en suivre les mouvemens les plus funestes. La petitesse du pied est *une des brillantes qualités* auxquelles elles aspirent davantage. Des souliers de satin dont la semelle égale quelquefois un quart de ligne d'épaisseur, des bas de gaze, telle est la chaussure non-seulement du bal, mais encore de la maison. Il en résulte un refroidissement continuel que la coquetterie seule, ou, si l'on veut, l'usage fait supporter en dépit de son importunité.

Appelé pour calmer les maux de tête et autres accidens qu'éprouvent ces femmes, M. Chomel a, nombre de fois, obtenu un plein succès, quand il est parvenu, par ses conseils et ses instances, à leur faire adopter des souliers et surtout des bas plus épais. Du reste, par une heureuse invention, les dames peuvent désormais, sans nuire à la délicatesse de leurs pieds ni à la finesse de leurs jambes, protéger davantage ces parties. L'art est arrivé à fabriquer des bas de cachemire dont la ténuité est extrême, et qui n'en sont pas moins très-chauds; enfin les *chancelières* deviennent de plus en plus du bon ton.

Les maux de tête, quelle qu'en soit la cause éloignée, s'ils sont dus immédiatement à une congestion de sang, réclameront presque toujours des évacuations sanguines. Ainsi, outre le rappel de la chaleur aux extrémités inférieures, outre la fluxion artificielle et révulsive qu'on y établira par des moyens divers, dans le plus grand nombre des cas la saignée sera indiquée. Ses effets sont presque instantanés, lorsque la congestion du cerveau est très-aiguë; la douleur de tête semble s'écouler avec le sang. On ne peut mieux comparer ces résultats de la saignée qu'à ceux des vomitifs dans cet état de la membrane muqueuse de l'estomac, que l'on a désigné sous le nom d'embarras gastrique, pléthore saburrale, etc. Les faits prouvent qu'alors l'estomac est loin de contenir toujours des matières bilieuses ou autres, et le vomissement n'entraîne souvent que les boissons que le malade a prises, ou même l'émétique seul avec son véhicule; mais en tout cas il soulage de suite, et l'appétit réveillé annonce le retour à l'état normal. Il en est absolument de même, quant à l'effet de l'évacuation sanguine lors de la congestion cérébrale aiguë. Lorsque la congestion dure au contraire depuis un certain temps, lorsque les maux de tête ont été violens et fréquens, la saignée n'a pas des résultats aussi prompts. Le mal se prolonge et n'est guère que pallié dans les premiers momens. S'il fallait encore expliquer ce fait, dit M. Chomel, on le pourrait à la rigueur, en admettant que des fluxions sanguines répétées ont dilaté outre mesure les vaisseaux cérébraux; le retour de ces

vaisseaux à leur calibre naturel ne peut être brusque, et la compression de l'organe dure tant qu'il n'a pas eu lieu. Cette explication d'ailleurs n'est qu'une hypothèse, et M. Chomel ne la donne pas pour autre chose. Quoi qu'il en soit, une saignée ne suffit pas pour enlever une céphalalgie chronique; il faut la renouveler, et que d'autres moyens y concourent avec elle. Quel vaisseau faut-il ouvrir? Cette question aujourd'hui est de peu d'importance. On en accordait autrefois beaucoup à sa solution. Les veines du pied étaient généralement préférées. Sans accepter toutes les raisons qu'on a données pour justifier cette préférence, M. Chomel pense qu'on doit encore y recourir toutes les fois que ce sera possible; l'expérience est là qui plaide en sa faveur.

LITTERATURE MEDICALE ETRANGERE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ITALIENS.

Hernie étranglée, réduite au moyen de la belladone. — Fièvres intermittentes pernicieuses, traitées par la méthode endémique. — Extirpation d'une tumeur à l'angle de la mâchoire. — Considérations pratiques sur les fièvres intermittentes. — Névralgie maxillaire, traitée avec succès par la section de ce nerf. — Extraction de la chinoïde et usage des eaux mères de sulfate de quinine.—Tableau des péripneumonies, des catarrhes et des phthisies pulmonaires, traitées pendant le cours de huit années, par M. Giuntini.

I. *Hernie étranglée réduite au moyen de l'emploi de la belladone;* par le docteur Meola.

Un vieux gentilhomme de ce pays portait, depuis douze ans environ, une hernie inguinale du côté droit. Cette hernie, du volume d'un œuf de pigeon, n'avait point augmenté depuis son apparition,

et n'avait jamais donné de signes d'étranglement. Le malade la réduisait lui-même avec la plus grande facilité. Lorsque, dans la soirée du 4 du courant, la hernie augmenta tout à coup de volume, dans un effort que fit M..... pour se mettre au lit; elle devint aussi grosse qu'une bille de billard; bientôt des douleurs très-vives, lancinantes se firent sentir; ces douleurs se propagèrent d'abord dans la direction du colon ascendant, puis, la nuit, elles irradièrent jusqu'à l'estomac et déterminèrent alors des vomissemens. Ce fut en vain que le malade essaya de réduire sa hernie, ce qu'il avait fait auparavant tant de fois avec succès. Les tentatives de M. Meola furent également infructueuses. Les accidens rapportés ci-dessus continuant avec la même intensité, et la tumeur devenant de plus en plus rouge, M. Meola engagea le malade à se faire pratiquer une copieuse saignée et à recourir à l'usage des frictions avec la pommade de belladone sur la hernie.

La première friction fut faite à neuf heures et demie du matin; les douleurs se calmèrent presque immédiatement. Une heure après, on répéta les frictions, et la tumeur herniaire commença à se ramollir On n'avait pas terminé la troisième, que les viscères qui s'étaient échappés rentrèrent en masse dans l'abdomen. Le malade dès lors recouvra entièrement la santé et put vaquer à ses occupations.

(*Osservatore medico di Napoli*; Gennaio, 1830, n° 1.)

II. *Observations de fièvres intermittentes pernicieuses traitées avec succès par la méthode endermique*; par le docteur Broglia del Persica.

Un homme de trente-six ans, d'un tempérament bilieux, après avoir fait un assez long trajet à cheval et sans selle, et étant alors en proie à des peines morales vives, fut pris le 26 août, à sept heures du soir, d'un accès de fièvre qui débuta par un frisson de trois heures de durée, auquel succéda une forte chaleur, puis une sueur modérée. L'accès se termina dans la matinée du 27, vers les sept heures. Mais dans la journée l'accès reparut de la même manière et avec autant d'intensité que la première fois. Le jour suivant, voici quel était l'état du malade au début de cet accès : la face était très-rouge, les yeux un peu jaunes, la langue sèche, couverte dans sa partie moyenne par un enduit blanchâtre; ses bords étaient rouges; le malade était tourmenté par une soif vive; il ne pouvait se coucher sur le côté droit. Une douleur existait dans l'hypocondre, qui était tendu et dur. L'épigastre et la région ombilicale étaient également douloureux. Le pouls

était dur et fréquent. Une saignée copieuse fut pratiquée. On fit sur le ventre des fomentations émollientes.

Une décoction de tamarin avec l'eau distillée de laurier-cerise et le nitre, des boissons délayantes et mucilagineuses furent ordonnées. Le lendemain, à dix heures du matin, on pratiqua une nouvelle saignée, qui, comme la précédente, fournit un sang couenneux.

Cependant l'accès ne fut en rien diminué, et le 29 la fièvre revint avec une nouvelle intensité, comme avec tous les signes d'une violente inflammation gastro-hépatique; le malade ayant eu deux selles, le pouls étant toujours tendu, on fit une troisième saignée.

Le 30, on appliqua des sangsues à l'anus; on continua les boissons indiquées, et l'on prescrivit en outre l'huile de ricin avec de la gomme arabique. Le soir, la rémission fébrile eut lieu, la sueur fut copieuse; mais vers les sept heures, un nouvel accès eut lieu.

Le 31, au matin, on appliqua dix-huit sangsues tant à l'hypocondre droit qu'à l'épigastre, on continua la décoction de tamarin. Dans une consultation qui eut lieu à cinq heures du soir avec le docteur Celega, il fut décidé qu'on reviendrait aux sangsues sur les parties enflammées, et que la décoction de tamarin serait continuée. Mais, à l'heure ordinaire, l'accès reparut, beaucoup plus intense; après le frisson, le malade fut pris d'un état semi-comateux accompagné de délire, d'une prostration extrême et d'une insensibilité générale. Les mouvemens devinrent nuls; il y avait perte complète de connaissance, la déglutition était impossible, la face avait l'aspect cadavérique. La maladie fut alors caractérisée de fièvre pernicieuse léthargique.

L'état inflammatoire des organes digestifs, et l'impossibilité de faire avaler le moindre médicament au malade, engagèrent M. Broglia à recourir à la méthode endermique, pour administrer le seul médicament qui pouvait arrêter les accidens, c'est-à-dire le sulfate de quinine; deux vésicatoires furent donc appliqués aux jambes. Le malade sentit à peine quelque douleur lorsqu'on arracha l'épiderme. C'était le premier signe de sensibilité qu'il donnait depuis le commencement de l'accès. Chaque surface fut couverte, après avoir été convenablement nettoyée, de quatre grains de sulfate de quinine; un linge enduit de beurre frais fut appliqué par-dessus.

Au bout de cinq heures, la fièvre diminua très-rapidement; la transpiration fut abondante; les urines devinrent sédimenteuses; la sensibilité se réveilla; les muscles reprirent un peu d'énergie, et la physionomie du malade se ranima. Les douleurs de l'épigastre et de l'hypocondre droit se calmèrent presque entièrement; la langue

s'humecta ; enfin, à quatre heures de l'après-midi, l'apyrexie était complète.

Au lieu de revenir comme les jours précédens, vers les sept heures, l'accès du soir ne revint qu'à neuf heures, et encore ne fut-il que très-faible. Deux heures après on réappliqua deux grains de sulfate de quinine sur chaque vésicatoire, après les avoir convenablement nétoyés; le malade reposa presque toute la nuit. Le matin, à son réveil, il n'avait pas de fièvre; il alla deux fois à la garde-robe. Toute douleur de l'abdomen était dissipée; les forces étaient en partie rétablies. Le soir, on revint à l'usage du sulfate de quinine par la méthode endermique. La fièvre ne reparut point, et quelques alimens suffirent pour rendre à cet homme sa santé première. Il y a deux mois que la fièvre a cessé, et rien n'annonce une rechute.

La seconde observation rapportée par M. Broglia a pour sujet une jeune fille de dix ans, qui fut prise le 10 septembre 1829 de fièvre double-tierce, accompagnée de symptômes gastriques et vermineux. Des purgatifs firent rendre quelques lombricoïdes. Le 18 du même mois les accès, qui avaient continué jusqu'à cette époque, changèrent d'aspect, la fièvre devint plus forte et s'accompagna d'un état tétanique général. Regardée comme une fièvre intermittente pernicieuse tétanique, la maladie fut immédiatement traitée par la méthode endermique : trois grains de sulfate de quinine furent appliqués sur des vésicatoires ; le lendemain les accidens tétaniques étaient dissipés. Deux grains de sulfate de quinine furent de nouveau appliqués sur chaque vésicatoire ; l'accès du soir fut à peine sensible ; la malade ne se plaignit que d'un peu de céphalalgie, mais dès lors la fièvre ne reparut plus. Cinquante jours se sont écoulés depuis, et cette jeune fille jouit d'une santé parfaite.

(*Annali universali di medicina*. Gennaio, 1830.)

III. *Extirpation d'une parotide dégénérée, suivie de paralysie d'un côté de la face ;* par M. A. Magri.

Paolo Gennaro, âgé de trente-six ans, paysan, habitant de la commune d'Olzano, maigre, robuste, d'un tempérament sanguin, portait une grosse tumeur au côté gauche de la face ; elle avait commencé douze ans auparavant sous la forme d'un petit globule, situé à la partie supérieure de la tempe gauche, et qui ne causant ni gêne ni douleur, put à son aise s'étendre à toutes les parties environnantes. Plusieurs fois des médecins lui conseillèrent de se soumettre à une opération, mais il s'y

refusa toujours. La tumeur continuait à s'accroître, lorsqu'un ancien chirurgien, après l'avoir examinée, y fit une incision. Il n'en sortit que peu de sang. Après plusieurs semaines pendant lesquelles la plaie produite par l'incision s'enflamma et suppura, elle se guérit enfin; mais la tumeur avait augmenté de volume. Six mois après ce malencontreux traitement, voyant la tumeur s'accroître rapidement, le malade vint consulter M. Magri, le 25 janvier 1829. La tumeur commençait à la tempe gauche dans la direction de l'arcade sourcillère et descendait à un pouce et demi au-dessous de la mâchoire inférieure; c'est-à-dire qu'elle couvrait et comprenait le méat auditif, en poussant en arrière et en dehors le pavillon auriculaire; elle couvrait en outre l'apophyse mastoïde, la branche de la mâchoire inférieure, et se portait en avant à la distance d'un pouce de la commissure des lèvres; sa forme était irrégulièrement pyramidale, la base tournée en haut, le sommet en bas. Sa surface était lisse, mais offrait çà et là quelques bosselures. La peau était de couleur naturelle, luisante et parcourue par de grosses veines; le toucher n'y déterminait aucune douleur; des adhérences assez fortes retenaient la tumeur en haut, et en arrière en bas, mais permettaient quelques mouvemens assez limités. Dans quelques points on sentait de la fluctuation et de la mollesse, d'autres étaient consistans et durs. De temps en temps, et surtout après un long travail, le malade éprouvait des douleurs cruelles. Ayant examiné l'intérieur de la bouche, on n'y vit aucune particularité qui pût rendre l'opération plus dangereuse. On vit bien qu'en la pratiquant il serait impossible d'éviter les grosses artères telles que la temporale, la faciale transverse, et peut-être aussi la maxillaire externe; il était encore douteux si la parotide était intéressée; mais en considérant que la tumeur, abandonnée à elle-même, ferait des progrès, et en y joignant d'autres motifs, on se décida à opérer; le jour suivant, le docteur Madonini, appelé en consultation, fut du même avis.

Le lendemain au matin (27 janvier), l'opération fut faite chez le malade. Ce dernier était assis, on fit deux incisions semi-lunaires de haut en bas, en comprenant une grande portion de la peau, mais en en conservant assez pour couvrir la vaste plaie qui allait résulter de l'opération. Ayant relevé les deux bords, que M. Madonini tint renversés, la tumeur fut détachée supérieurement, en ayant soin de tourner toujours le tranchant du bistouri vers elle. Lorsqu'on découvrit le zygoma, l'artère temporale fut ouverte. M. Albino la comprima avec son doigt, et l'opération fut continuée. Pendant ce temps le malade eut une syncope à cause de la quantité de sang qui s'écoulait d'un grand

nombre de petites artères, et de celui qui s'était échappé brusquement de la temporale ouverte. Après avoir détaché et enlevé la tumeur tout entière, on lia l'artère; on réunit les bords de la plaie avec quelques points de suture et des bandelettes agglutinatives; ensuite on replaça le malade dans son lit, et on le laissa en repos. Le soir M. Magri fut appelé pour arrêter une hémorrhagie qui s'était déclarée. L'appareil fut levé, les artérioles liées et la réunion des bords rétablie après l'enlèvement des caillots.

Le 28, fièvre légère, langue blanche (purgatif doux et diète sévère); le malade disait ne plus sentir tout le côté de la face correspondant; et en effet, en le piquant ou en traversant la joue avec une aiguille, il ne donnait aucun signe de douleur, si ce n'est quand on arrivait à la membrane muqueuse buccale. Doit-on attribuer ce phénomène à l'interruption de la circulation par la ligature des principales artères ou à la section de la septième paire?

Le 29, un érysipèle avait paru sur la face, la langue était plus chargée, la fièvre augmentée; on donna un fort purgatif. Le 30, l'érysipèle diminua, et le 31 il avait presque disparu.

Le 1er février, en levant l'appareil, on trouva, non sans surprise, toute la plaie réunie par première intention, excepté le point de jonction immédiat des lèvres qui était en suppuration. Le huitième jour après l'opération, le malade commença à sortir de son lit et à sentir de l'appétit; le 10 il tomba un fil; le 15, un autre; et dans la journée du 26 tout était cicatrisé, et Gennaro put retourner à ses travaux des champs. Les conséquences immédiates de l'opération sont les suivantes: 1o paralysie des muscles faciaux; la commissure et la moitié gauche des lèvres tombe en bas; la pointe du nez est tirée à droite; la narine droite est élargie, et la gauche est immobile; le sourcil gauche ne peut plus s'abaisser pour défendre l'œil du contact des corps extérieurs et d'une lumière trop vive; les rides du front ont disparu. 2o Contraction permanente de la paupière supérieure. 3o Langage un peu confus. 4o Sensibilité de la peau du même côté de la face, diminuée. 5o Sécheresse de la paroi interne de la bouche, qui, se collant aux gencives et aux dents, force l'individu à la détacher à chaque instant et à l'humecter.

Dissection de la tumeur. Celle-ci pesait deux livres et demie; sa plus grande circonférence avait quinze pouces, et la petite douze. On voyait à la base une petite tumeur aplatie de figure irrégulièrement triangulaire, adhérente au lipôme, de structure glandulaire, et qu'on reconnut pour être la glande parotide; ayant fait une incision longitu-

dinale à la partie antérieure du lipôme, on le trouva enveloppé de deux membranes, une externe, épaisse, ligamenteuse, ressemblant à la dure-mère, et qui se séparait facilement de l'autre, mince, celluleuse, et de la surface interne de laquelle partaient des lames qui divisaient la tumeur en lobes divisés eux-mêmes en lobules. La substance contenue dans ces lobules était de diverses natures ; la plus grande partie était de la graisse ; d'autres portions étaient formées d'une substance blanche, dure, ligamenteuse, ressemblant au squirrhe ; d'autres points encore n'étaient que du sérum sanguinolent.

Après trois mois de macération dans l'alcool on reprit la dissection de la parotide, dont on reconnut parfaitement la structure intime, globuleuse, tout-à-fait semblable à celle d'une parotide saine. On reconnut en outre le passage du nerf facial et de ses premières divisions.

Il a été dit plus haut que la perte du sentiment dans le côté gauche de la face pouvait être attribuée à l'interruption de la circulation ou à la section de la septième paire. Comme, d'après les expériences sur les animaux, il est prouvé que ce nerf ne sert qu'au mouvement, il était naturel de croire que la perte du sentiment n'était que momentanée et dépendait du défaut du circulation ; et en effet, quelques jours après, le sentiment avait reparu en partie ; mais au bout de trois mois, on vit que cet espoir était mal fondé, car l'espace compris entre la branche de la mâchoire, l'os de la pommette, la commissure des lèvres et le bord de la mâchoire inférieure, était à peu près privé de sentiment ; on pouvait pénétrer dans la bouche à travers la joue, avec une aiguille, sans que le malade fût averti de la ponction de la peau que par une légère douleur. Dans le reste des tégumens qui recouvraient la moitié paralysée de la face, à peine existait-il une légère différence de sensibilité avec ceux du côté sain. Il faut donc conclure delà que la septième paire, ou le nerf facial, sert en partie au sens du tact ; on sait en effet que beaucoup de ses filets se rendent à la peau. (*Annali universali di medicina*. Novembre et décembre 1829.)

IV. *Considérations pratiques sur les fièvres intermittentes* ; par le professeur Tommasini.

Le malade qui donna lieu aux considérations que l'on va lire était affecté d'une fièvre tierce périodique, accompagnée d'une toux férine. La fièvre et la toux cédèrent entièrement à l'action merveilleuse du sulfate de quinine administré pendant l'apyrexie. M. Tommasini rappelle d'abord quelles sont les distinctions qu'il a cru nécessaire

d'établir entre la périodicité morbides et les altérations qui peuvent ou la précéder, ou s'y associer, ou être un produit, une dépendance de cette périodicité, ainsi que cela arrive dans les fièvres tierces pernicieuses, où tout le danger de la maladie est dans l'accès et dans les phénomènes qui l'accompagnent, puis il ajoute : le cas dont il s'agit actuellement vient à propos confirmer ces principes et en montrer l'application. Il est des malades atteints de fièvres périodiques chez qui une condition morbide permanente a précédé le développement des accès fébriles, laquelle peut subsister quelquefois long-temps, et même s'accroître et produire des résultats funestes, indépendamment des accès. Quel que soit le lien qui existe entre une congestion, une obstruction ou végétation phlogistique du foie, par exemple, ou de la rate, et la production d'une fièvre tierce ou quarte; quel que soit le mode d'après lequel de pareilles conditions des viscères abdominaux ou des humeurs qui s'en séparent, ou du système gastrique qui a tant de relations avec eux, influent sur la reproduction des accès fébriles, à des intervalles déterminés, il est toujours certain que, dans ce cas, la maladie principale est indépendante des accès fébriles. Ces accès peuvent manquer, sans que l'altération coïncidente s'efface. Le quinquina et le sulfate de quinine peuvent interrompre la vicieuse reproduction de la fièvre sans que l'état du foie ou de la rate soit amélioré pour cela. Ainsi, le danger quelconque de la maladie ne saurait être rapporté aux accès fébriles, mais bien à la condition morbide des viscères indiqués. Nous avons des preuves continuelles de ces vérités dans les fièvres tierces ou quartes qui sont endémiques au voisinage de la mer et dans les terrains marécageux. Le sulfate de quinine réussit souvent à couper les accès de ces fièvres, sans que les obstructions se résolvent. Quelquefois ces mêmes fièvres sont si légères qu'à peine obligent-elles les malades à garder le lit pendant quelques heures; cependant les viscères affectés croissent par une végétation morbide, acquièrent un volume démesuré et une densité extraordinaire, et l'on voit en survenir peu à peu et l'hydropisie, et le désordre des fonctions réparatrices, et la consomption, qui met le dernier terme à la maladie. Ordinairement, plus l'altération des viscères fait de progrès, plus les accès fébriles diminuent d'intensité; la chaleur devient moins prononcée, le froid moins rigoureux, la périodicité moins régulière, tant il est vrai qu'en pareils cas la gravité et le péril de la maladie ne peuvent être rapportés aux accès fébriles, et que les désordres de l'économie ne dépendent ni ne dérivent point de ces accès. On voit même que la maladie principale des viscères et

la fièvre périodique procèdent communément en raison inverse : la première croît jusqu'à amener des résultats funestes, tandis que les accès fébriles, si l'on n'a pas réussi à les arrêter au moyen du quinquina, vont toujours en diminuant d'intensité, et finissent quelquefois par disparaître entièrement.

Mais il n'en est pas de même de ces fièvres intermittentes où la maladie tout entière est dans l'accès fébrile. Ces cas méritent d'être considérés sous un point de vue différent, non moins en pathologie qu'en thérapeutique. Là, la vie du malade est menacée ou par l'abattement mortel du froid, ou par l'impétuosité, la turgescence et le feu de la chaleur fébrile; là, en un mot, les symptômes menaçans et terribles sont un produit, une dépendance, une partie intégrante de l'accès, et le péril de la maladie consiste dans la reproduction de cet accès. Telles sont les fièvres intermittentes pernicieuses qui ont été reconnues, décrites et guéries d'abord par l'immortel Torti. Dans ces fièvres, le phénomène pernicieux qui les accompagne et les rend périlleuses ne dépend que de l'accès, soit que ce phénomène se rapporte au froid, comme dans l'algide et la syncopale; soit qu'il appartienne à la turgescence sanguine et à la chaleur, comme dans la léthargique, la soporeuse ou la pleurétique. Par conséquent, tout le danger de la maladie gît uniquement dans cet accès. En effet, aussitôt que le retour en est empêché par l'usage du quinquina, le malade guérit et se lève promptement; il ne lui reste aucune altération morbide, aucune suite permanente de la maladie qu'il vient d'éprouver. Veut-on une preuve de la différence essentielle que M. Tommasini croit devoir établir entre les premiers cas de fièvres intermittentes et ceux dont il s'agit dans ce moment? Que l'on compare le péril des accès d'une fièvre tierce ou quarte, accompagnée d'inflammation chronique du foie ou de la rate, aux menaces et aux dangers des accès d'une fièvre pernicieuse syncopale, algide ou cholérique. Dans le premier cas, les fonctions réparatrices et le bien-être de l'économie se détériorent d'une manière progressive et lente, à cause de l'état morbide où se trouvent le foie, la rate, et par suite le système entier de l'estomac et des intestins. Mais, quant aux accès, ils sont si peu dangereux qu'ils se répètent pendant des semaines, des mois, quelquefois pendant des années entières, sans que la vie du malade en soit jamais menacée. Les accès fébriles peuvent quelquefois être supprimés par le quinquina ou perdre spontanément de leur intensité, et même disparaître, sans que, l'état morbide du foie ou de la rate en reçoive aucun amendement. Il y a même des cas où, par un traitement actif et con-

venable, par l'usage de l'aloës, de la rhubarbe, des préparations martiales, etc., la condition de ces viscères s'améliore; et l'on voit disparaître la cachexie que leur état morbide avait produite. Néanmoins, en vertu des lois de l'habitude et de l'association morbide, les accès fébriles continuent long-temps encore à revenir, sans causer aucun dommage notable à l'économie, sans menacer nullement la vie. Au contraire, chez un malade atteint de fièvre pernicieuse syncopale, algide ou cholérique, aucune condition morbide permanente n'existait avant les accès. L'individu était sain avant tel abus, telle intempérie d'air, telles exhalaisons marécageuses, ou telle affection morale qui a déterminé la fièvre. Aussitôt que la reproduction des accès est coupée au moyen du quinquina, l'individu ne conserve aucune altération remarquable, aucun désordre permanent dans les viscères ou les fonctions. Mais le danger de chaque accès est si grave; elle est si menaçante pour la vie, cette torpeur qui le rend froid comme du marbre dans l'*algide;* cette défaillance périodique par laquelle il devient semblable à un cadavre dans la *syncopale*, cette résolution des forces par le vomissement et la diarrhée dans la pernicieuse *cholérique;* ces phénomènes entraînent un si grand danger que, si l'art ne parvient pas à arrêter le second ou le troisième accès, la menace de mort se change en mort véritable.

Regardant comme aussi difficile que peu nécessaire, pour les applications pratiques, de savoir quelles sont les dispositions antécédentes qui peuvent concourir à la production de symptômes aussi périlleux, et à rendre pernicieux un accès de fièvre périodique qui autrement aurait pu être plus simple, quelles sont les influences mystérieuses d'un terrain, d'un miasme, d'une constitution atmosphérique sur le système nerveux, influences par lesquelles chaque accès fébrile acquiert tant de violence et entraîne des effets si graves, M. Tommasini s'applique à faire sentir la distinction qui existe entre les conditions pathologiques permanentes et celles qui appartiennent à la périodicité morbide; entre les effets des premières, et les effets ou dépendances immédiates du froid ou de la chaleur dans les accès fébriles; entre les dangers qui appartiennent aux unes et les périls imminens des autres. Selon M. Tommasini l'inflammation ne peut jamais être intermittente: selon lui cette opinion, émise par les auteurs français, est absolument inadmissible. L'inflammation, aiguë ou chronique, pourvu qu'elle soit véritable, est toujours une maladie continue, une condition permanente; c'est un processus qui croît par degrés et aboutit à divers résultats qui ne sauraient être fugitifs. De même, quand l'in-

flammation se résout, soit spontanément, soit par le secours de l'art, elle ne recule encore que graduellement. Un spasme, un accès fébrile intermittent, peuvent s'associer ou se lier à une phlegmasie; mais ce n'est pas une raison pour regarder la phlogose elle-même comme intermittente. Le quinquina peut faire cesser le phénomène des accès fébriles qui est associé à la phlogose; mais celle-ci ne disparaîtra pas à la faveur du même médicament. L'inflammation a de sa nature des accroissemens et des décroissemens, des exacerbations et des rémissions; mais son processus ne s'interrompt pas avant qu'il n'ait achevé son cours plus ou moins long. On n'a pu encore montrer aucun exemple d'inflammations *externes*, *internes*, *visibles*, *véritables*, qui, une fois développées, apparaissent et disparaissent, ou se résolvent par intervalles, laissant la partie affectée intacte, comme un accès fébrile laisse tranquilles les systèmes nerveux et vasculaires durant l'apyrexie. Puccinotti a trouvé des traces d'inflammation non équivoque dans les cadavres de certains individus morts à la suite de fièvres intermittentes pernicieuses. Mais ou ces fièvres étaient plutôt rémittentes qu'intermittentes, ou bien les inflammations dont il parle doivent être considérées comme un effet des accès que l'art n'avait pas réussi à couper. Les phénomènes graves et les désordres multipliés de l'économie, qui sont un produit des accès fébriles et en font partie, occasionnent (immédiatement ou par réaction) des turgescences vasculaires, des congestions phlogistiques qui, dans un grand épuisement de la vie, peuvent même dégénérer en gangrène. Mais ces dégénérences n'auraient pas eu lieu, si les accès avaient été interrompus; il n'y a pas de raison de les croire antérieures aux accès; à coup sûr leur existence n'est attestée que dans les cadavres de ceux chez qui la fièvre pernicieuse n'avait pu être domptée.

Afin de se bien pénétrer de l'application que l'on peut faire de ces principes au malade qui donne lieu à ces considérations, M. Tommasini rappelle combien était violente la toux dont chaque accès de fièvre quotidienne était accompagné ou même formé en grande partie. Cette toux, pendant les dix ou douze heures que durait l'accès, avait toutes les apparences d'un symptôme de pneumonie. Il avait craint d'abord que les bronches ne fussent enflammées; aussi lui parut-il convenable de faire précéder d'une saignée l'administration du sulfate de quinine. Cependant le sang ne présenta aucun indice de condition phlogistique; la saignée fut parfaitement inutile, puisqu'elle ne réussit ni à prévenir les accès, ni même à modérer la toux. La fièvre cessa par l'usage du sulfate de quinine, et avec elle disparut immédiatement

la toux, dont il ne resta aucune trace. Or supposons que, par une prédisposition morbide des veines du poumon ou de la muqueuse des bronches, une rupture de vaisseaux et une hémorrhagie fussent arrivées pendant ces quintes terribles et non interrompues, dans ce cas, on aurait eu la pernicieuse hémoptoïque et probablement même les dangers et les résultats d'une hémorrhagie des vaisseaux pulmonaires. Mais l'hémoptysie et ses conséquences plus ou moins graves, suivant la reproduction plus ou moins obstinée des accès, eussent été des effets ou des dépendances de ces mêmes accès. Imaginons qu'au lieu de cette toux férine chaque accès fébrile eût produit des défaillances dangereuses, ou bien des crampes d'estomac et des spasmes cholériques, soit par des dispositions particulières du malade, soit par une influence secrète des causes productrices de la fièvre, l'on aurait eu, dans le premier cas, une pernicieuse syncopale; dans l'autre, un vomissement continu pendant dix ou douze heures, c'est-à-dire, l'appareil et les phénomènes de la pernicieuse cholérique. Tout aurait été heureusement dissipé sans aucune suite grave, si l'on avait réussi à couper les accès; au contraire, le malade aurait péri au troisième accès de la syncopale ou de la cholérique, si le quinquina ou le sulfate de quinine eût été inefficace. Dans tous les cas, on eût eu une fièvre périodique semblable à celle qui donna lieu à ces réflexions, sauf la forme et le degré supérieur de danger; c'est-à-dire une de ces fièvres où tous les phénomènes font partie de l'accès, où tout le mal et tout le danger consistent dans cet accès. Quand le quinquina a coupé le refrain, pour ainsi dire, de la périodicité, et que l'accès ne se reproduit plus, il n'est pas croyable qu'il laisse à sa suite quelque lésion dans les viscères qui ont été tourmentés. Enfin si chez le malade, qui est mort par suite d'une fièvre qu'il a été impossible de couper, il existe des congestions et des dégénérescences dans les organes internes, M. Tommassini les regarde comme produites par les accès, et se croit autorisé à penser que ces altérations qui, une fois formées, ne suspendent jamais leur cours, auraient produit une maladie et une fièvre continue, si la vie du malade avait pu durer plus long-temps.

(*Conférences cliniques*, par M. Tommasini.)

V. *Névralgie maxillaire guérie par la section et la cautérisation du nerf*, par le docteur MALAGODI.

Un ecclésiastique d'environ soixante-dix ans était affecté d'un tic douloureux qui avait débuté par des élancemens violens, mais de peu

de durée, dans le côté gauche de la face. Ayant inutilement eu recours à une infinité de remèdes, la maladie ne fit qu'augmenter d'intensité. Au bout de cinq ans, il essaya, mais inutilement encore, la section du nerf sous-orbitaire; cette opération fut une seconde fois répétée, au bout d'un an, aussi infructueusement; cette fois, la plaie fut cautérisée et non réunie, comme lors de la première opération. Finalement, les douleurs devinrent tellement intenses, que le malade ne put trouver de soulagement que dans l'application d'un fer rouge sur les points les plus douloureux de la face. Alors M. Malagodi, présumant que la maladie avait son siége dans la mâchoire inférieure, et non dans le nerf sous-orbitaire comme l'avaient pensé jusqu'alors ses confrères, fit la section de ce nerf à l'aide d'un bistouri conduit dans la direction de la seconde dent molaire, lequel pénétra jusqu'au périoste. L'hémorragie, résultant de la section de l'artère qui accompagne le nerf, ayant été promptement arrêtée, M. Malagodi introduisit un stylet dans le trou mentonnier; puis, au moyen d'une algalie d'acier, il y fit pénétrer un autre stylet rougi; de cette manière il brûla l'extrémité du nerf qui avait été coupé, et cautérisa avec le nitrate d'argent toute la superficie de la plaie, afin de parvenir à l'autre extrémité du nerf. La douleur qui en résulta fut très-violente, mais ce fut la dernière; et, la nuit suivante, le malade éprouva un calme et un repos qu'il ne connaissait pas depuis sept ans; non pas que quelques douleurs ne se fissent encore sentir, mais elles cessèrent aussitôt que l'état inflammatoire fut lui-même passé.

(*Raccagliatore di medicina di Bologna*, Agosto 1829.)

VI. *De l'extraction de la chinoïde et de l'usage des eaux-mères du sulfate de quinine*, par MM. Ruvizza et Casati.

Nous avons fait connaître, dans le numéro de janvier de ce journal (1), les expériences de M. Sesternuer, tendantes à démontrer la présence d'un nouvel alcali dans les eaux-mères du sulfate de quinine, et qu'il a nommé chinoïdine. M. Ruvizza, chimiste et pharmacien de Milan, vient de simplifier le mode d'extraction de ce nouveau produit. Voici son procédé. Il a pris quatre livres d'eaux-mères de sulfate de quinine qui avaient été traitées à plusieurs reprises pour en retirer tout ce qu'elles pouvaient encore contenir de sulfate

(1) *Revue médicale*, tom. I, p. 144, année 1830.

de quinine et de cinchonine. Ces eaux avaient une couleur jaunâtre, une légère viscosité et une odeur assez désagréable. Après leur avoir enlevé, à l'aide de différens moyens connus, tout ce qu'elles contenaient des alcalis indiqués, on y ajouta peu à peu une solution de chlorure de soude; et, à mesure que le mélange s'opérait, le liquide se couvrit d'une couche de matière grasse et visqueuse qu'on enleva assez difficilement avec une carte mince. Quand on eut ajouté de cette manière dix onces de la solution de chlorure de soude, les eaux devinrent incolores et laissèrent précipiter le nouvel alcali (la chinoïde) à l'état de sulfate, et combiné avec un peu de chlorure de soude, dont il fut aisé de le séparer ensuite.

Les quatre livres d'eaux-mères donnèrent de la sorte cinq gros de sulfate de chinoïde. Ce sel, appliqué sur la langue, détermina un picotement plus vif que le sulfate de quinine; il était plus soluble que ce dernier.

M. Sertuerner avait pensé que le résidu des eaux-mères du sulfate de quinine pouvait jouir de propriétés délétères, à cause des matières colorantes qu'il contient. Loin de là, il possède à un très-haut degré la vertu fébrifuge. Une expérience de plus de quatre années met cette vérité hors de doute.

Le docteur Casati et plusieurs autres praticiens emploient constamment avec succès cet extrait qu'on prépare en réduisant les eaux-mères par l'évaporation en consistance d'extrait. Vingt-quatre grains de cet extrait en douze pilules suffisent communément pour faire disparaître les accès fébriles. La fréquence des fièvres intermittentes en Italie a donné l'occasion de vérifier déjà un grand nombre de fois l'efficacité de ce médicament. Ce qui ajoute encore à son avantage, c'est la modicité de son prix. Cent livres de quinquina, dit M. Ruvizza, donnent trente-quatre onces de sulfate de quinine; plus, dix onces d'extrait provenant des eaux-mères; or, si vingt-quatre grains suffisent pour la guérison, dix onces d'extrait peuvent servir pour traiter deux cent quarante malades. Ce moyen doit donc être préféré au sulfate de chinoïde, quel que soit le mode d'extraction qu'on emploie pour le retirer des eaux-mères, puisque l'extrait contient cet alcali en totalité, et que ses propriétés sont aussi énergiques.

Les expériences du docteur Casati, faites avec l'extrait des eaux-mères du sulfate de quinine, ont commencé au mois de juillet 1829, et duré jusqu'au 5 novembre suivant. Ce médecin a traité, dans cet intervalle, plus de cinquante-six individus, différens de sexe et d'âge, affectés de fièvres périodiques de types divers. Chez tous, dix-huit

à trente pilules de deux grains ont suffi pour faire disparaître la fièvre sans retour. Aucun n'a éprouvé de rechute, et les accès ont été promptement suspendus, soit que la fièvre fût quotidienne, tierce, quarte, double ou simple. Les premières doses de ces pilules ont le plus souvent pour effet de causer une diarrhée légère, mais qui ne dure pas.

(*Annali universali di medicina.* Dicembre 1829.)

VII. *Tableau des péripneumonies, des catarrhes et des phthisies pulmonaires traités pendant le cours de huit années*, par le docteur Giuntini.

Le théâtre sur lequel le docteur Giuntini a exercé est la Romagne; ses travaux commencèrent en 1821, et se terminent en 1829. Voici les résultats auxquels il est parvenu, et que nous avons extraits de son mémoire, comme en représentant fidèlement la partie pratique.

Le nombre des péripneumonies tant aiguës que chroniques, traitées pendant ces huit années, a été de cent quarante-neuf; cent trente-six ont été guéries; treize se sont terminées par la mort: ce qui met la mortalité à dix pour cent.

Sur trente-deux sujets atteints de péripneumonies aiguës, traitées par une seule saignée et des applications répétées de sangsues, l'oximel scillitique, le kermès minéral, la décoction d'orge nitré, trente furent guéris, et deux succombèrent. Plusieurs de ces sujets étaient très-âgés; l'un d'eux même avait plus de soixante-dix-huit ans.

Vingt-six furent saignés deux fois par la veine, et par plusieurs applications de sangsues; le traitement intérieur fut le même que chez les précédens. Vingt-quatre d'entre eux furent guéris, et deux seulement succombèrent.

Sur dix-neuf qui furent saignés trois fois, et soumis au traitement indiqué plus haut, un seul périt; les dix-huit autres guérirent.

Chez onze la saignée fut pratiquée quatre fois. Chez un d'eux, on y joignit plusieurs applications de sangsues. Chez tous, le traitement intérieur fut le même que pour les précédens. Chez deux seulement, des vésicatoires furent employés après la seconde saignée. Dix guérirent; un succomba.

Cinq furent saignés cinq fois, et soumis au même traitement intérieur. Tous guérirent.

Vingt furent saignés six fois. Chez deux, on eut recours en même

temps à plusieurs applications de sangsues; le traitement intérieur fut le même. Dix-huit guérirent; deux succombèrent.

Chez deux, la saignée fut répétée sept fois. Chez un seul, on y joignit une application de sangsues. Traitement, *idem*. Neuf guérirent; un succomba.

Chez trois, neuf saignées furent faites; un seul sujet eut, en outre, une application de sangsues. Traitement intérieur, *idem*. Ils guérirent tous trois.

Sept furent saignés onze fois. L'un d'eux eut, en outre, une fois des sangsues. Le traitement intérieur se composa de tartre stibié dissous dans l'eau distillée, de limonade tartarique et du kermès. Six guérirent; un succomba.

Cinq furent saignés treize fois, et traités à l'intérieur par la solution stibiée et la limonade tartarique. Trois guérirent, et deux succombèrent. Les derniers eurent, en outre, des vésicatoires aux bras.

Un seul, qui guérit, eut à supporter quatorze saignées. Le traitement intérieur consista en oximel scillitique avec kermès, solution stibiée, décoction d'orge avec sel cathartique et nitre.

Tous les malades dont il vient d'être fait mention étaient affectés de pleuropneumonies aiguës, et étaient adultes.

Chez sept sujets qui étaient très-jeunes, deux furent saignés deux fois, et cinq furent traités seulement par des applications de sangsues répétées et l'infusion de thé nitrée. Tous guérirent.

Une seule pleuropneumonie, parvenue à son dernier terme lorsque M. Giuntini fut appelé, se termina par la mort, presque anssitôt l'application des vésicatoires.

Enfin, chez un seul sujet affecté de pleuropneumonie chronique, il fut tiré vingt fois du sang par la veine, et des sangsues furent appliquées à diverses reprises; à ce traitement on joignit l'extrait d'aconit, l'infusion de digitale, l'eau de chaux et le lait. Cette maladie dura quatre-vingts jours.

Ces différentes pleuropneumonies étaient à des périodes plus ou moins avancées de la maladie.

Catarrhes pulmonaires. Le nombre des catarrhes pulmonaires traités par M. Giuntini a été de cinquante-sept. Quarante-sept se sont terminés, d'une manière heureuse, par la guérison. Dix ont été mortels; ce qui met la mortalité à plus d'un pour cinq.

Voici quels ont été les moyens de traitement employé.

Chez onze sujets affectés de catarrhes aigus, on a eu recours à une seule saignée, plus, des applications de sangsues; chez deux, à plu-

sieurs applications de sangsues et à quatre saignées. La décoction d'orge nitrée, le carbonate de potasse et le kermès ont complété le traitement. Douze de ces malades ont guéri ; un seul a succombé.

Chez vingt-huit sujets affectés de catarrhes pulmonaires également aigus, mais qui se trouvaient dans un état de faiblesse qui ne permettait pas de recourir à la saignée générale, on s'est borné à l'usage des sangsues appliquées à plusieurs reprises. Le traitement intérieur a été le même que chez les malades précédens. Vingt-quatre ont guéri; quatre ont succombé.

Un seul sujet ayant un catarrhe aigu a supporté cinq saignées. L'infusion de digitale, le kermès et la scille ont complété le traitement. Il a guéri.

Enfin, quinze individus, ayant tous des catarrhes chroniques, ont été traités par l'infusion de thé, le carbonate de potasse dans un sirop, et par les vésicatoires. Dix ont guéri ; cinq sont morts.

Phthisies pulmonaires. Le nombre des malades atteints de phthisie confirmée, traités par M. Giuntini, a été de neuf. Cinq ont été guéris, et quatre sont morts.

Sur huit sujets, dont quatre ont guéri et quatre sont morts, il n'a pas été tenu de notes régulières permettant de savoir si l'on a eu recours aux saignées et aux sangsues. Le traitement intérieur s'est composé de muriate de baryte, d'infusion de digitale, d'extrait d'aconit, de phellandrium aquaticum, et d'eau de chaux.

Un phthisique, ou mieux, un sujet portant une vomique compliquée de catarrhe pulmonaire, guérit après avoir été saigné vingt fois, et avoir eu plusieurs applications de sangsues. On commença le traitement par l'infusion de polygala, puis on employa l'extrait d'aconit et de digitale; l'aconit fut porté jusqu'à la dose d'un scrupule et demi par jour, et la digitale à un demi-scrupule; on fit usage des plantes vireuses pendant quatre mois sans aucun succès. Ce fut à la teinture d'iode que la guérison paraît avoir été due. Le malade était arrivé, au bout de deux mois de l'usage de ce médicament, à en prendre deux scrupules par jour, un le matin et un le soir; il resta six mois à l'hôpital.

(*Nuovo Mercurio delle scienze mediche*. Ottobre et novembre 1830.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT ROYAL DE FRANCE.

(Février.)

Séance du lundi 1er. — M. Julia de Fontenelle prie l'Académie de l'admettre parmi les candidats pour la chaire de chimie, vacante à l'école spéciale de pharmacie de Paris. A l'appui de sa demande, il joint une notice sur les travaux qu'il a publiés. Renvoyé à la section de chimie.

Le ministre de l'intérieur demande l'avis de l'Académie sur le voyage aux îles de la mer du Sud par le capitaine Dillon.

M. Lefebure demande à être présenté pour la place vacante par le décès de M. De Lamarck; renvoyé à la section de botanique.

M. Delille écrit qu'il se retire de cette même candidature.

Phthisie pulmonaire. — Le ministre de l'intérieur prie l'Académie de lui transmettre son opinion sur une machine proposée par M. Bretheau Parrain, pour préserver de la phthisie pulmonaire les ouvriers qui taillent les pierres à fusil. Voici les moyens proposés par l'auteur. Ils se composent d'une boîte en cuir ayant la forme d'un carré plus ou moins allongé, et assez vaste pour recevoir toute la tête; à la partie antérieure est placée une vitre à laquelle on donne toute la dimension nécessaire pour ne point gêner la vue. Au-dessus de cette vitre, on ajuste un tuyau, fait également, de cuir, qui est assujetti par son extrémité extérieure à la croisée vis-à-vis laquelle est placé le billot sur lequel le caillouteur travaille. La partie inférieure sera faite en peau mince; et, dans son pourtour, on mettra un coussin garni de coton, et faisant l'effet d'une cravate qui embrasse exactement le col, et qui, au moyen d'un crochet, pourra facilement s'ouvrir et permettre l'introduction de la tête. Cette machine sera assujettie sur le plancher par une ou plusieurs chaînes, plus ou moins

longues, selon la taille des ouvriers. Comme plusieurs caillouteurs sont ordinairement placés au même billot, on donnera à la machine plusieurs compartimens. A chaque partie on adaptera un tuyau particulier qui ira aboutir au tuyau principal, de sorte que chaque travailleur sera isolé de son voisin et respirera un air pur. MM. Magendie et Serres, commissaires.

M. le baron Larrey rend un compte favorable des principes de physiologie médicale de M. Isidore Bourdon ; M. le rapporteur conclut à ce que cet ouvrage soit renvoyé au concours pour les prix Montyon.

M. Lassaigne communique une note sur la teinture de la soie en jaune doré par le sulfure de cadmium, et sur une coloration particulière de la laine et de la soie, par leur immersion dans la solution mixte de proto et deuto-nitrate de mercure. Commissaires, MM. Chevreul et Thénard.

Commission pour le prix d'astronomie. — L'Académie nomme au scrutin secret, comme membres de la commission chargée de décerner la médaille fondée par M. de Lalande, MM. Arago, Mathieu, Damoiseau, Bouvart et Le François Lalande.

Commission pour les prix Montyon relatifs aux ouvrages sur l'art de guérir. — Cette commission se compose de neuf membres; ont été élus au scrutin, MM. Duméril, Magendie, Serres, Larrey, Boyer, Flourens, Portal, de Blainville, Dupuytren.

Présentations.—La section de géométrie présente la liste suivante des candidats pour la place de correspondant, vacante dans son sein : MM. Jacobi, à Kœnisberg; Poncelet, à Metz; Gergonne, à Montpellier; Servois, à Metz; Crell, à Berlin; Pagani, à Louvain.

La section d'astronomie présente la liste suivante, pour une place de correspondant, MM. Herschell, à Slow; Carlini, à Milan; Struve, à Dorpal; Gambart, à Marseille; South, à Bensington; Schumacher, à Altona; Rumker, à Paramatta; Soldner, à Munich; Lettrow, à Vienne; Walz, à Nîmes.

Séance du lundi 8 février. — M. le docteur Surun adresse un ouvrage manuscrit ayant pour titre : *De la généralisation et du caractère essentiel,* appliqués aux inflammations internes comme aux fièvres. Nous nous bornerons à dire, avec l'auteur, que ses idées choquent trop fortement tous les principes reçus; aussi a-t-il la bonne foi de convenir que de tous côtés on lui donne le conseil de *se résigner au silence.* Bien loin de suivre ces sages conseils, l'auteur s'écrie, dans la lettre qui accompagne cet envoi : Je tiens beaucoup à vous convaincre de la vérité de mes principes; si, comme je le crains, je n'y par-

viens pas, à l'aide de mes écrits, je finirai par demander *positivement à l'autorité* de me placer dans une position où je puisse employer et faire entendre le langage des faits. L'on voit que M. le docteur Surun veut avoir raison, quand même!... puisqu'il prétend recourir aux mêmes expédiens qu'on trouve dans le *Misanthrope*.

Fièvres et épidémies. — M. le docteur Lassis présente à l'Académie huit propositions sur la nature des affections fébriles en général, et sur celles des épidémies en particulier, ainsi que sur les causes de ces dernières et les moyens d'y remédier, appuyées d'une multitude de faits. Ce travail est une répétition, ou mieux un résumé, de tout ce que l'auteur a publié à ce sujet. Il conclut donc :

1° Que les maladies épidémiques dites tiphoïdes ou pestilentielles n'offrent aucune différence fondamentale avec nos maladies fébriles ordinaires;

2° Que, pour le développement et le progrès d'une épidémie, il ne faut absolument que des causes locales;

3° Que c'est détourner l'attention des véritables causes et du seul but à atteindre que de se livrer à des investigations sur de prétendues causes venues de loin, que de suivre de prétendus itinéraires;

4° Que jamais il ne faut se livrer à l'idée de maladies extraordinaires capables de se transmettre à de grandes distances;

5° Qu'il ne faut pas se livrer à des alarmes et à des mesures regardées comme propres à empêcher la propagation du mal à de grandes distances;

6° Que les mesures dites sanitaires, admises maintenant ou souvent, seules produisent le mal, en plongeant des populations nombreuses dans un état presque égal à celui d'un siége.

7° Que, si l'on doit conserver les lazarets, ce ne doit être que par respect pour les préjugés, et pour servir de lieu de repos ou d'hôpital aux marins et aux passagers dont la santé délabrée exige des soins;

8° Que le système de l'infection n'est pas plus fondé que celui de la contagion.

Commissaires : MM. Geoffroy Saint-Hilaire, Portal, Magendie et Flourens.

Machine pour remédier aux difformités de l'épine. — M. Dasey, de New-York, adresse à l'Académie une machine qu'il a inventée pour les difformités et distorsions latérales de l'épine du dos, et avec laquelle il a guéri sa fille. Cet appareil se compose d'un cadre uni, dont la surface plate, forme un carré long de la dimension d'environ

un matelas ou lit ordinaire. Sur les bords, en long de ce cadre sont fixées, à peu près vers le point d'équilibre, des chevilles arrêtées dans des emboîtemens qui contiennent deux supports fixés, dont la hauteur dépasse de peu de chose la moitié de la longueur du cadre; le cadre peut, par conséquent, se mouvoir comme sur un essieu qui le traverserait en largeur. Au haut de ce cadre sont adaptées deux poulies, à travers lesquelles on passe une corde qui soutient l'appareil de la tête. Cet appareil consiste :

1° En un bandage antérieur, formé de cuir battu dans une forme qui correspond à celui du menton de la malade, et doublé en fourrure.

2° D'un bandage d'arrière en soie que l'on passe au-dessous de l'occiput.

3° D'une boucle d'acier, à laquelle ces bandages sont accrochées, et qui est attachée à la corde susmentionnée.

Voici la manière d'opérer avec cette machine. On place le cadre dans une position à peu près verticale, en le tournant sur son axe. La personne se place le dos contre le côté de ce cadre; on attache les bandages à sa tête et on la tire en haut graduellement, au moyen de la corde passée dans la poulie du sommet du cadre, et avec l'aide de quelques poulies composées qu'on y ajoute. Le poids direct du corps agissant en sens opposé à la force qui soulève la tête, le corps s'étend de cette manière et l'épine du dos se redresse. La force qu'on emploie doit varier suivant les circonstances, de même que la durée de l'opération, qui peut être de cinq à trente minutes. Lorsque cette extension a duré le temps convenable, on tourne peu à peu et doucement le cadre sur son axe, jusqu'à ce qu'il forme un angle de 45 degrés, et on le laisse dans cette position pendant quelques minutes; on achève ensuite de le tourner, jusqu'à ce que la malade soit dans une position horizontale, ayant le cadre sous elle pour la supporter. On le maintient dans cette position; on ôte ensuite le bandage de la tête de la malade, et on la laisse étendue sur son dos une heure, ou deux, s'il le faut. Cette opération doit se répéter deux ou trois fois par jour, jusqu'à ce que la difformité disparaisse. Pour la coucher, on suspend un matelas au haut du cadre, au moyen de crochets adaptés à cet effet; de cette manière, lorsqu'on roule le cadre dans sa position horizontale, le lit se trouve tout préparé pour la nuit; un faux fond, que l'on peut ôter, donne plus d'espace pour les pieds et les couvertures, etc. Cet appareil est une sorte de pendaison par le menton, en suivant toute l'étendue de l'os maxillaire,

les pieds cependant touchant à terre. Commissaires, MM. Magendie et Boyer.

M. le docteur Tanchou adresse une note sur les rétentions d'urine, tendant à prouver l'erreur dans laquelle quelques médecins sont tombés, touchant la cause et le traitement de cette affection, par suite de paralysie de la vessie. L'auteur s'attache à réfuter l'opinion de M. Le Roy d'Etioles, qui attribue la plupart des rétentions d'urine au gonflement de la glande prostate, et non à une paralysie vésicale. Il se fonde sur ce qu'en pareil cas il n'a pas remarqué, dans sa pratique, de gonflement de la glande prostate, tandis qu'il a reconnu des gonflemens de cette glande chez des sujets qui n'ont point eu de rétention d'urine. Commissaires, MM. Magendie et Boyer.

Variole.—M. le docteur Robert, de Marseille, adresse treize expériences qui tendent à prouver que le virus de la variole et de la varioloïde, mitigé avec le lait de vache au moment de son inoculation, ne produit qu'une éruption locale, semblable à celle de la vaccine; ce qui démontre, selon lui, l'existence à *priori* d'un germe variolique dans le bouton vaccinal, et doit, dit-il, aujourd'hui nous conduire à reconnaître que la vaccine n'a eu d'autre origine que la transmission accidentelle du virus varioleux de l'homme au pis de la vache, et que c'est là l'unique cause de sa bénignité; de sorte que cette première inoculation serait une espèce de greffe animale. L'auteur prie en même temps l'Académie d'admettre son travail au concours pour le prix Montyon.

Stature. — M. le docteur Villermé écrit à l'Académie, à l'appui de ce qu'il a dit dans un de ses mémoires, que la stature de l'habitant des villes est plus haute, en général, que celles de l'habitant des campagnes. Il transmet en même temps une similitude de résultats obtenus par le professeur Quetelet en 1823, 24, 25, 26 et 27, dans les villes de Bruxelles, Louvain et Nivelles : les rapports sont, pour les cinq années réunies :

1er arrondissement.	1 mètre	663	dans la ville de Bruxelles.
	1 —	633	dans les communes rurales.
2e arrondissement.	1 —	639	à Louvain.
	1 —	618	dans les communes rurales.
3e arrondissement.	1 —	643	à Nivelles.
	1 —	632	dans les communes rurales.

Formation de la glace.—M. Duhamel communique des observations qu'il a faites sur la formation de la glace dans le fond des rivières cou-

rantes. L'auteur, dans une partie du lit de la Seine où la profondeur de l'eau était d'environ 1 mètre, ayant cassé la glace à sa surface, a trouvé le fond couvert d'une couche de glace d'environ 4 centimètres d'épaisseur, dont il a détaché quelques parties. Ces observations avaient déjà été faites par des pêcheurs et des bateliers, mais elles n'étaient point admises parmi les physiciens.

M. Turpin écrit à l'Académie qu'ayant eu occasion d'examiner le tissu de l'un des deux cierges du Pérou qui vient de mourir au Jardin du Roi, après y avoir vécu cent trente ans, il fut surpris de trouver que la 80e partie au moins de la masse des tissus cellulaires de l'écorce et de la moelle se composait d'une quantité prodigieuse de cristaux prismatiques, blancs, transparens, rectangulaires, à pyramides tétraèdres formés d'oxalate de chaux. Ces cristaux forment des agglomérats sphéroïdaux de trente à soixante cristaux de différentes dimensions. Lorsque, dit-il, dans un rameau jeune du cierge du Pérou on observe le tissu cellulaire de la moelle, on voit que dans l'intérieur des vésicules il se trouve un petit amas de globules sphéroïdes verdâtres, semblables aux fils tendus des confiseurs pour la détermination des cristaux de sucre qui servent d'appui aux premières cristallisations.

Commissions. — L'Académie procède à la nomination de six commissaires, dont trois dans chacune de ses deux grandes sections, pour présenter un candidat pour une place d'associé étranger.

La section des mathématiques nomme MM. Arago, Poisson et Gay-Lussac.

La section des sciences naturelles désigne MM. Cuvier, Thénard et Desfontaine.

M. Chevreul lit une note sur le principe colorant de la gaude qu'il est parvenu à obtenir à l'état de cristallisation. Cet habile chimiste est également parvenu à isoler le principe colorant du Sumac.

M. Lambert lit un mémoire sur le principe du mouvement chez les animaux.

La section de géométrie présente comme candidats pour une place de correspondant, MM Jacobi, Poncelet, Gergone, Servebois, de Crell, Pagani. M. Jacobi est élu.

M. Herschell est également nommé correspondant pour la section astronomie.

Séance du lundi 15 février. Le ministre de l'Intérieur adresse l'ordonnance du Roi qui confirme l'élection de M. Roussin.

Ecriture manuelle d'expéditive à l'usage des sourds-muets. Les différences de la langue écrite et de la langue parlée s'opposent à

ce que le sourd-muet retrouve dans notre écriture l'image de la parole, telle qu'il la voit se manifester aux mouvemens des lèvres. La formule d'expéditive française obvie à cet inconvénient. M. Ch. Barbier propose donc de l'employer, pour la première partie de l'instruction familière des sourds-muets, et de réserver l'orthographe pour leur être enseignée par la suite. A l'aide de ce premier moyen de communication établi entre l'élève et l'instituteur, indépendamment d'une écriture régulière de prononciation que des parens illétrés peuvent enseigner à leurs enfans, on aurait l'avantage d'une expéditive manuelle en rapport avec les *chiffres de tablature* qui se tracent le pouce sur la main, comme une écriture sur le papier. L'auteur joint à sa lettre un tableau représentant les signes manuels de l'alphabet, commissaire : MM. Silvestre et Flourens.

Huile essentielle d'amendes amères. MM. Robiquet et Boutron-Charlard annoncent qu'ayant repris l'examen de l'huile essentielle d'amandes amères, il y ont trouvé, entre autres produits remarquables, une grande proportion d'acide benzoïque. L'un des auteurs avait déjà démontré que le produit cristallin qui fournit cette huile délétère, lorsqu'on l'expose au contact de l'air, n'était pas, comme l'avait prétendu M. Vogel, due à l'absorption de l'oxigène et détruite par les corps désoxigénans, mais qu'elle était un véritable acide, qui une fois purifié, n'avait plus rien de commun avec l'huile essentielle elle-même. C'est cet acide qu'ils ont reconnu pour être de l'acide benzoïque; ils ont également constaté que cette huile essentielle d'amandes amères récentes était parfaitement neutre, et qu'elle ne devenait acide que par suite de son exposition au contact de l'air. Ainsi l'acide benzoïque, ou ses élémens se trouveraient dans une combinaison tout-à-fait analogue à celle des éthers du 3e genre; c'est ce qu'ils se proposent d'examiner avec détail dans un prochain mémoire.

Une lettre du ministre de l'Intérieur annonce que le roi, par ordonnance du 7 de ce mois, a divisé en deux chaires, celle qui est devenue vacante au muséum d'histoire naturelle par le décès de M. de Lamarck; en conséquence l'Académie est invitée à lui présenter deux candidats pour ces deux chaires, autant que possible pris dans son sein.

Hygromètre perfectionné. M. E. Legallois présente à l'Académie une modification de l'hygromètre de Daniel que l'on doit au docteur Cumming de Cherten; elle consiste dans un tube d'argent poli renfermant un thermomètre très-sensible dont la boule est garnie d'une

éponge. Après avoir pris la température extérieure, en retirant le thermomètre du tube, au commencement de l'expérience, on imbibe l'éponge d'éther, on introduit alors le thermomètre dans le tube d'argent, et, au moyen d'un soufflet ordinaire dont la canule est placée dans la partie inférieure du tube, on évapore l'éther jusqu'à ce que l'humidité de l'atmosphère vienne se condenser sur les parois du tube. On prend de nouveau la hauteur du thermomètre, et le rapport de cette températnre à celle de l'air extérieur, au commencement de l'expérience, permet d'évaluer à l'aide des tables de M. Guy-Lussac, pour la tension de la vapeur, ou bien à l'aide de celle de Daniel, la quantité d'eau contenue dans l'air. Ce petit instrument est d'un usage journalier en Angleterre; il est plus portatif, moins dispendieux, et paraît être aussi exact que celui de Daniel.

L'Académie va au scrutin pour l'élection d'un candidat pour la chaire d'entomologie faisant partie de celle qui est vacante au muséum d'histoire naturelle par le décès de M. de Lamarck. M. Latreille ayant obtenu tous les suffrages moins un est élu candidat. La section de zoologie est chargée de présenter à la séance prochaine un autre candidat pour la chaire des mollusques.

Commissaires pour adjuger les prix de physiologie. L'Académie nomme au scrutin secret MM. Serres, Duméril, Flourens, Cuvier, Magendie.

Dans la prochaine séance, la commission nommée dans la dernière pour présenter les candidats la place d'associé étranger, est invitée à faire cette présentation.

Molusques. MM. Geoffroy-Saint-Hilaire et Latreille font un raport sur un mémoire de MM. Laurencet et Meyranx sur l'organisation des mollusques. M. le rapporteur termine son rapport en assurant que si l'on s'accorde à ne considérer leur travail que comme d'intéressantes études pour servir à l'histoire des mollusques, à ce titre leur mémoire lui paraît digne d'être inséré dans le Recueil des Savans étrangers.

MM. Cuvier dont ce mémoire et ce rapport attaquent l'opinion qu'il a émise sur l'organisation des mollusques fait des observations tendant à démontrer qu'il n'est rien moins que convaincu que les opinions de MM. Laurencet et Meyranx pussent renverser sa théorie, comme il espère le démontrer dans un ouvrage qu'il va publier, et qu'il ne prend la parole qui pour que son silence ne soit pas pris pour un aveu; mais qu'à cela près, il ne s'oppose nullement aux conclusions de M. le rapporteur, qui sont adoptées.

M. le docteur Bertrand adresse une lettre à l'Académie pour récla-

mer la priorité sur l'opinion émise par M. Robert que le virus vaccin est de même nature que le virus variolique. L'opinion de M. Bertrand a été consignée dans *le Globe*.

Séance du lundi 22 février. — Fièvre jaune, peste. — M. le docteur Lassis écrit à l'Académie qu'il vient d'apprendre avec le plus vif intérêt, que maintenant à Toulon et en Égypte on recueille des faits sur tout ce qu'il a avancé sur les épidémies. Quant à ce qu'on nomme peste, M. Pariset nous mande, dit-il, qu'en Égypte elle règne ordinairement sans qu'il en soit question, parce qu'elle ne se communique pas, lors même que l'on en voit des centaines d'exemples et qu'elle se présente sous les caractères les plus graves jusqu'à emporter douze à quinze personnes par jour, au milieu d'une petite population. Enfin, quant au cholera morbus, si M. Pariset n'en cite pas le nom, il nous dit en effet que des malades périssent avec des vomissemens, en quatorze, douze et même huit heures. Ainsi, je le répète, ajoute-t-il, je crois inutile toute nouvelle recherche et tout nouveau sacrifice : 1° parce que la vérité, d'abord contestée à Toulon, paraît y être maintenant reconnue par tous les principaux médecins; 2° parce que mes documens sont, il me semble, seuls suffisans. Il s'en faut de beaucoup qu'il en *semble* de même à presque tous les médecins qui ont observé la fièvre jaune, la peste, etc., etc., et qui, bien loin de vouloir trancher ainsi la question, se renferment sagement dans les faits bien observés. Renvoyé à la commission.

Vaccine variole, etc. — M. le docteur Eusèbe Desallé écrit, au sujet du mémoire du docteur Robert sur l'identité de la variole et de la vaccine, qu'il y a plusieurs années que M. Thomson, médecin écossais, a présenté tant d'expériences et de raisonnemens si concluans en faveur de cette identité, que la plupart des médecins de l'Ecosse, et beaucoup de médecins anglais l'ont acceptée comme un axiome. Mais je dois, dit-il, laisser aux étrangers vivans le soin de revendiquer leur propriété. Ma réclamation est en faveur de l'arabe Rhazès; les idées singulières qui furent émises, touchant la varioloïde, pendant les épidémies de 1826 et 1827, donnèrent envie à l'auteur de comparer ces observations avec ce qu'avaient dit les premiers historiens de la variole. En conséquence, il étudia les médecins arabes, Rhazès surtout qui en a donné le premier et le meilleur tableau, que ses successeurs, Avicenne lui-même, se sont bornés à reproduire presque mot pour mot; je ne fus pas médiocrement surpris, ajoute M. Desalle, de trouver dans Rhazès une foule de preuves à l'appui de l'opinion de M. Thomson; les passages qui les

renferment ont été littéralement traduits et recommandés à l'attention du lecteur, lorsque j'ai publié un *conspectus* du traité de Rhazès que je prends la liberté de remettre sous les yeux de l'Académie. Vous pourrez voir, messieurs, que Rhazès ne dit nulle part que la variole n'attaque qu'une fois en la vie. Mais il incline à croire qu'elle ne revient pas deux fois avec la même violence : Rhazès n'est pas aussi étranger qu'il semble à une question où il s'agit de vaccine. L'idée de faire entrer la vaccine dans la variole n'a pu venir que lorsque la varicelle et la varioloïde ont été reconnues pour identiques à la petite vérole; par conséquent aussi, lorsqu'il a été admis que cet exanthème pouvait attaquer plus d'une fois dans la vie.

Or, ces deux scolies importantes, Rhazès les a consignées plusieurs fois dans son traité. S'il y avait quelque ambiguité dans leur expression, l'expérience des médecins écossais l'avait déjà dissipée. Renvoyé à MM. Texier et Magendie.

M. le docteur Gendrin écrit sur ce même sujet à l'Académie, qu'il a inséré dans le *Journal général de médecine*, en mars et mai 1827, un mémoire dans lequel il a examiné, non par des inductions ou des raisonnemens, mais par des expériences directes, comment se propage la varioloïde, quelle est la nature de cette maladie, et quels rapports elle a avec la variole et la vaccine. D'après ses expériences faites dans les hôpitaux de Paris, avec le docteur Bard, il a été amené à conclure : 1° Que la variole, la vaccine et la varioloïde sont trois maladies identiques; 2° que ceux qui ont été vaccinés, comme ceux qui ont été variolés, peuvent ressentir l'influence du *contagium* variolique, qui a pour effet de produire la varioloïde; 3° que le *contagium* varioloïque, agissant sur des sujets peu aptes à éprouver ses effets, quoiqu'ils n'aient été ni variolés ni vaccinés, peut encore faire naître la varioloïde; 4° que celle-ci, quoique tirant son origine de la variole se propage par inoculation aux seuls sujets qui n'ont été ni vaccinés ni variolés, et conserve toujours ses caractères propres, sans tendre à se rapprocher de la variole; 5° que la varioloïde préserve de la variole, comme la vaccine et la variole elle-même; 6° que la vaccine préserve de la varioloïde contractée autrement que par l'influence du contagium variolique; 7° qu'en propageant la vaccine on éteindra la variole et, par conséquent, la varioloïde.

On a écrit que la varioloïde inoculée à ceux qui n'ont été ni variolés ni vaccinés se convertit en vrai variole; cette assertion si grave et si importante pour l'hygiène publique, a été reçue avec trop de confiance; elle n'est pas établie sur des faits bien observés. Il résulte des

expériences directes que la varioloïde inoculée reste varioloïde sans jamais reprendre les caractères de la vraie variole sur les sujets qui n'ont été ni vaccinés ni variolés, les seuls d'ailleurs qui puissent contracter cette maladie par inoculation. Renvoyée à M. Tessier et Magendie.

M. le docteur Pougens adresse à l'Académie un exemplaire d'un opuscule qu'il a publié en 1817 sur la variole, dans lequel il annonce qu'il est le premier, en France, qui ait reconnu et décrit la petite-vérole qui attaque certains individus précédemment vaccinés et qu'il nomma alors *varioline*. En conséquence, il réclame, à son tour, l'idée de l'identité de ces maladies.

Une lettre signée P. contient l'exposé d'une doctrine sur le calorique comme cause première de tous les phénomènes de la nature. Cette lettre n'est pas lue, puisqu'elle est anonyme.

Présentation de candidats. — La commission nommée pour désigner des candidats, pour la place d'associé étranger vacante par le décès de M. Davy, présente : en première ligne, M. Dalton; ensuite, par ordre alphabétique, MM. Bessel, Blumenbach, Robert Brown, de Bush, Leslie, OErstedt, Plana et Sœmmering.

La section de botanique déclare qu'il y a lieu à remplacer M. de Lamarck; en conséquence, la section fera sa présentation en comité secret, à la fin de la séance prochaine.

Commission pour le prix de mécanique. — Sont élus au scrutin secret, MM. Molard, Prony, Navier et Dupin; le cinquième membre sera nommé à la séance prochaine.

La section de zoologie présente, pour la chaire créée au Jardin du Roi par l'ordonnance royale du 7 février, MM. de Blainville, en première ligne, et par ordre alphabétique MM. Audouin, de Ferrussac et de Roissy.

Mollusques et céphalopodes. — M. Cuvier lit un premier mémoire intitulé : *Considérations sur les mollusques et en particulier sur les céphalopodes*. L'on se rappelle que, dans la dernière séance, M. Cuvier fit quelques observations sur le rapport de M. Geoffroy St-Hilaire relatif au mémoire de MM. Meyranx et Laurencet sur le même sujet. C'est ce qui a donné lieu au nouveau travail de M. Cuvier, qui rappelle d'abord qu'il y a trente-cinq ans qu'il sentit la nécessité de ne plus laisser confondus avec les polypes et le zoophites, les animaux dont il fit une classe particulière sous le nom de *céphalopodes*, animaux pourvus d'un grand nombre d'organes qui semblent les rapprocher des

vertébrés, dont ils diffèrent cependant sous un grand nombre de rapports. L'honorable zoologiste s'attache ensuite 1° à établir ce qu'on doit entendre par les mots *unité de composition* et *unité de plan*, employés par plusieurs jeunes naturalistes, et notamment par ses adversaires; 2° il donne ensuite des détails anatomiques sur les céphalopodes comparés à ceux des vertébrés, avec deux planches qui servent à faciliter cette description; 3° s'éloignant de l'opinion de l'honorable M. Geoffroy Saint-Hilaire sur la définition du mot *unité de composition*, M. Cuvier pense qu'il signifie *anologie* et non *identité*; 4° il établit ensuite la grande différence qui existe entre les céphalopodes et les vertébrés, dont les organes ne sont pas tous communs et sont diversement disposés. Au reste, dans son mémoire, très-élégamment écrit, M. le baron Cuvier professe la plus haute estime pour les travaux de M. Geoffroy Saint-Hilaire. Après la lecture de ce mémoire, ce dernier, après avoir rendu à M. Cuvier toute la justice qui lui est due et avoir pris plaisir à reconnaître qu'il est le chef des zoologistes français, présente les observations suivantes : Dans le discours que nous venons d'entendre, *l'unité de composition organique* est l'objet principal; les idées sur les mollusques un objet secondaire. Quant au premier sujet, voici le doute soulevé : *l'unité de composition organique* ne serait qu'une de ces propositions illusoires, une de ces chicanes philosophiques qui sont ordinairement essayées dans les siècles de lumière, c'est-à-dire quand les hommes sont entraînés à se livrer aux plus hautes spéculations de l'esprit. Ce point particulier, dit-il, me concerne personnellement. On sait que c'est le rêve heureux ou malheureux de ma vie scientifique. Là vont aboutir toutes mes recherches, tous mes travaux, faits avec courage et persévérance; je suis sur cet ordre de faits et de propositions philosophiques avec une conviction parfaite. Or, dans tout ce que ce je viens d'entendre, je n'ai rien aperçu qui puisse ébranler ni faire varier en rien cette parfaite conviction. On semble croire qu'il y a des termes qui seuls divisent nos opinions. On recommande d'éviter les mots mal définis, etc.; sans doute je reconnais la valeur de cette recommandation; car agir autrement ce serait chercher le succès plus que la vérité. J'écrirai donc mes idées sur l'unité de composition organique simplement et avec une parfaite bonne foi; j'irai plus loin : je veux un moment les supposer fausses, les réexaminer dans leur essence, et je déclare que, s'il m'arrivait de connaître que je me suis mépris, je viendrais ici tranquillement le dire, sans le moindre chagrin et avec la satisfaction de faire un acte consciencieux; car ce serait pour moi un autre bien plus

grand malheur que de persévérer dans l'erreur et d'y enchaîner quelques amis ou jeunes élèves. Enfin l'honorable zoologiste déclare laisser à MM. Laurencet et Meyranx la responsabilité de la proposition qu'ils ont mise en discussion. Auraient-ils, par une idée nouvelle et ingénieuse, obtenu un moyen de mieux comprendre l'organisation des mollusques? Les ramènent-ils mieux qu'on ne l'avait fait avant eux à la ressemblance philosophique des êtres? Est-ce à ces messieurs d'accepter la lutte qui s'engage? J'ai été très-réservé dans mon rapport, dit-il, je les ai loués d'être entrés dans une bonne voie de recherches, de demander à la comparaison des *organismes* plus de rapport, et de plonger plus avant dans les mystérieuses conditions de la vie.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Février.)

Séance du 2 février. — *Demande* de M. Bancal de Bordeaux, adressée au ministre de l'intérieur, pour obtenir l'autorisation d'aller pratiquer la lithotritie dans les principales villes et hôpitaux du royaume. — *Rapport* par MM. Yvan, Dupuytren, Roux, Amussat et Ségalas.— Le ministre, avant d'accéder au vœu de M. Bancal, a voulu avoir l'opinion de l'Académie sur le degré de confiance que peut mériter ce chirurgien, sous le rapport spécial de la lithotritie, et sur les avantages dont sera pour la science et l'humanité l'autorisation qu'il sollicite. La commission présente à la sanction de l'Académie le projet d'une réponse, dans laquelle on rend justice au talent de M. Bancal, et à son zèle pour la propagation de la lithotritie; mais on n'en pense pas moins que son excellence ne peut accorder l'autorisation qui lui est demandée. Ce serait faire planer injustement un soupçon d'incapacité sur les chirurgiens des divers hôpitaux du royaume, priver ces chirurgiens de droits qui leur sont justement acquis, affaiblir l'émulation des jeunes docteurs, qui achèvent leurs études dans les facultés de médecine, en s'exerçant à la pratique de la lithotritie, constituer pour M. Bancal un privilége qui serait un fâcheux précédent et qui serait ensuite une règle pour beaucoup d'autres cas, enfin réduire

à un seul mode d'exécution une opération qui en comporte plusieurs. Et d'ailleurs le manuel de l'opération de la lithotritie est maintenant exposé dans les livres, enseigné dans les établissemens d'instruction médicale et mis en pratique dans beaucoup de lieux; on croit enfin que la mission que réclame M. Bancal serait impraticable à cause du long temps que cet opérateur serait obligé de séjourner dans chaque ville, ce qui réduirait à huit ou dix au plus le nombre des villes qu'il pourrait visiter dans un an.

MM. Bard et Désormeaux voudraient qu'on exprimât plus nettement dans la lettre au ministre que le soin qu'a pris l'administration des hôpitaux de Paris d'affecter des salles aux calculeux, traités par la lithotritie, suffit pour répandre la connaissance de la théorie et de la pratique de cette opération. M. Amussat propose qu'en refusant à M. Bancal l'autorisation qu'il demande pour toute la France, au moins on engage le ministre à la lui accorder pour les hôpitaux de Bordeaux, sa patrie. M. Adelon appuie l'addition demandée par MM. Bard et Désormeaux, en ce qu'elle fortifie la conclusion de la commission; mais il combat celle que demande M. Amussat: Les autorités de Bordeaux, dit-il, peuvent accorder à M. Bancal la permission d'opérer dans les hôpitaux de leur ville, sans que le ministre de l'intérieur ait besoin d'intervenir; et elles sont bien plus à même que le ministre et que l'Académie d'apprécier le degré de confiance que peut mériter M. Bancal; il est donc inutile que l'Académie exprime ici aucun vœu, ou du moins elle ne doit l'exprimer qu'en le subordonnant à l'opinion des autorités de Bordeaux. Sur la proposition de M. le président, la compagnie adopte le projet de lettre de la commission, avec l'addition demandée par MM. Bard et Désormeaux; seulement M. Dubois fait sentir combien il est désirable que la pratique de la lithotritie se répande et soit tentée dans beaucoup de villes, attendu les grandes difficultés attachées à son exercice et qui ne peuvent être vaincues que par une longue habitude.

Mémoire sur l'éruption miliaire, considérée comme un épiphénomène dans les maladies aiguës, ou de la suette miliaire, par M. Pyot, médecin à Clairvaux (Ain). — Rapport de MM. Mérat, Chomel et Bricheteau.

Les commissaires reprochent d'abord à l'auteur de ce mémoire de confondre deux choses distinctes, savoir, la miliaire, qui n'est que symptôme d'une maladie aiguë, et la miliaire essentielle, souvent épidémique. A l'appui de cette distinction, ils invoquent l'autorité de

Cullen, Dehaen, Hamilton, Pinel, Bosquillon, Lepecq de La Cloture, etc. Ils reconnaissent que Gastellier, dans un ouvrage publié en 1784, a admis une miliaire symptomatique; mais ils récusent ce témoignage en avançant que les principales observations qu'a transmises ce médecin sur l'épidémie miliaire de Montargis n'étaient que des pneumonies, des péritonites, des gastrites et des gastro-entérites, dans lesquelles il existait une éruption miliaire qui n'était évidemment qu'un symptôme; ils ne croient pas qu'on soit autorisé à faire dériver d'une simple éruption cutanée, d'un exanthème bulleux, des symptômes terribles tenant évidemment à des affections encéphaliques ou intestinales. Ils font ensuite l'analyse du mémoire de M. Pyot, qui, dans un de ses chapitres, donne la description de la miliaire, dans un second, expose les différences de la miliaire essentielle, et de celle qui n'est qu'un épiphénomène des maladies aiguës; dans un troisième, traite des dangers de cette maladie, et dans un quatrième en expose la thérapeutique; ils blâment l'expression de pustules que M. Pyot donne à la miliaire, car cette éruption consiste en plaques vésicales, et non en pustules contenant du pus. Ils repoussent comme inutile la distinction qu'il a faite avec beaucoup d'auteurs d'une miliaire rouge et d'une miliaire blanche; mais ils applaudissent au contraire à la remarque que, de toutes les maladies qui s'accompagnent de l'éruption miliaire, les puerpérales sont les plus graves; ils louent aussi M. Pyot d'avoir combattu cette assertion de *Gastellier* et d'*Hamilton*, que les femmes riches sont plus sujettes à la miliaire que les femmes pauvres. Enfin ils approuvent la thérapeutique de M. Pyot, qui ne veut pas qu'on favorise les sueurs en couvrant le malade de vêtemens, et en tenant l'appartement clos et trop chaud; seulement ils ne croient pas convenable l'usage de toniques et d'excitans, dans la vue de diminuer les sueurs.

Réglemens.—M. H. Cloquet demande si la commission des réglemens a bientôt fait son travail; il désire qu'elle se hâte, attendu que jusque là la compagnie est sans statuts propres à régler sa discipline intérieure. M. le secrétaire répond que la commission a terminé ses opérations et bientôt en présentera les résultats à l'Académie. L'ancien réglement, d'ailleurs, a toujours force de loi, et continue de servir de règle au bureau.

Duplication monstrueuse, par M. Boisson, médecin à Lure. — Il s'agit de deux enfans mâles, unis par la partie antérieure de la poitrine et de l'abdomen, dont est accouchée, à Frare (Haute-Saône), le 23 no-

vembre dernier, une femme âgée de quarante-un ans. Cette femme avait eu déjà trois enfans, tous bien conformés, et dont deux sont vivans. La grossesse n'a présenté aucun accident; pendant son cours elle n'a éprouvé aucune perturbation physique ni morale; elle se sentait seulement, dit-elle, un peu plus embarrassée que dans les grossesses précédentes. L'accouchement a été prompt; les quatre pieds se sont présentés à la fois, et les deux enfans ont été extraits en même temps. Ils ont survécu à leur naissance trente-cinq minutes. M. Boisson n'a pu les examiner qu'après neuf jours d'inhumation, et la putréfaction ne les avait encore altérés en rien. Le développement de l'un et de l'autre paraissait le même, leur longueur étant de quatorze pouces; à en juger par la disparition des membranes pupillaires et le prolongement des ongles, ils étaient à terme; le poids des deux étaient de cinq livres; la circonférence des deux têtes de quinze pouces; celle des deux troncs au thorax de onze. Ils étaient unis depuis le milieu du sternum jusqu'à l'ombilic; la peau, une substance cartilagineuse, au dessus du diaphragme, et le péritoine au dessous, étaient les moyens d'union; les cavités pectorales et abdominales communiquaient d'un fœtus à l'autre. Chaque fœtus n'avait qu'un poumon sans division lobulaire, une seule plèvre; les plèvres de l'un et de l'autre enfant laissaient entre elles, à la base de la poitrine, un espace triangulaire, dans lequel était un seul cœur commun aux deux *fœtus*; ce cœur se composait d'un ventricule gauche de forme cubique, d'un ventricule droit de moitié plus petit que le gauche, et d'une seule oreillette adossée à la partie postérieure du ventricule gauche. Cette oreillette recevait quatre veines pulmonaires du fœtus gauche, et une grosse veine hépatique rapportant le sang des deux fœtus. Chaque ventricule donnait naissance à une aorte, qui envoyait une branche au poumon du fœtus correspondant, puis se distribuait régulièrement aux diverses parties de chacun des sujets. Les deux ventricules communiquaient ensemble par une large ouverture; il en était de même de l'oreillette unique avec le ventricule gauche. La veine cave supérieure droite suppléait à l'oreillette droite, et recevait les veines pulmonaires du fœtus droit; elle communiquait avec la veine cave du fœtus gauche, avant de traverser le diaphragme, puis allait dans le foie communiquer avec un réservoir commun situé dans le sillon longitudinal de cet organe, en recevant les veines caves supérieure et inférieure et la veine ombilicale; le sillon transversal recevait les veines portes de l'un et l'autre fœtus, les deux artères hépatiques. Un seul diaphragme se continuait d'un sujet à l'autre; un seul

foie très-volumineux, n'ayant qu'une seule vésicule, n'avait qu'un seul canal hépatique et cholédoque, ouvert dans le duodénum du fœtus gauche; il n'y avait d'estomac, de rate et de poumon qu'au fœtus du côté droit, l'œsophage allait aboutir au duodénum. Le reste de l'intestin grêle, le gros, les appareils urinaires et génitaux, le système nerveux animal étaient régulièrement développés à raison des anomalies que présente ce cas de monstruosité.

M. *Tanchou* présente une pièce d'*anatomie pathologique*, relative à une maladie des voies urinaires. Un homme de soixante-dix ans est pris tout à coup d'une rétention d'urine; on ne peut parvenir à le sonder, même après l'avoir saigné et mis au bain; ce n'est qu'après avoir placé une bougie conique qu'au bout de quarante heures on parvint à donner issue à un peu d'urine trouble et chargée de caillots de sang. Le doigt introduit dans le rectum fait sentir une tumeur énorme, qui est jugée siéger dans la prostate; on croit aussi à une hypertrophie de la vessie. Pendant les trente-six heures qui suivent, le malade ne rend encore qu'une petite quantité d'urine, ce qui fait croire à une rupture de la vessie. Une péritonite éclate et en quatre jours fait périr le malade. *Nécropsie.* Péritonite très-ancienne, à en juger par les fausses membranes épaisses d'un pouce qui unissaient les divers organes abdominaux; çà et là, dans l'épaisseur de ces fausses membranes, dépôts purulens; une cloison formée par l'épiploon dégénéré séparait la vessie du reste du ventre qui était sain; la vessie, petite, revenue sur elle-même, contenait plusieurs caillots de sang; le tiers postérieur de l'urètre est rouge et légèrement enflammé, la prostate très-volumineuse; ses lobes, durs, rénitens, gros chacun comme un œuf, sont plutôt hypertrophiés que carcinomateux; à l'entrée du col de la vessie, en arrière, sont deux petits polypes, dont l'un a été déchiré par la sonde; à la partie inférieure et latérale gauche de cet organe est un trou qui communique avec deux ou trois clapiers formés par l'urine épanchée et situés dans l'épaisseur de la fausse membrane.

Séance du 9. — Suite de l'observation de la maladie de la prostate, par M. Tanchou. — M. Tanchou conteste que les rétentions d'urine causées par le gonflement de la prostate soient aussi fréquentes qu'on le dit; le plus souvent ces rétentions sont produites par la paralysie de la vessie, c'est-à-dire l'affaiblissement des fibres du corps de cet organe, comparativement à la contractilité des fibres de son col. Les sondes droites sont utiles dans cette maladie, en triomphant de la contraction des fibres du col de la vessie, et en réveillant au con-

traire la contraction des fibres du corps; elles compriment aussi et repoussent en arrière la glande prostate, dont le volume peut contribuer à la rétention. C'est dans cette dernière vue, que MM. *Rigal* et *Leroy* ont proposé un moyen de redresser les sondes dans le canal de l'urètre, et M. Tanchou joint à sa note un instrument qu'il a fabriqué dans le même but avec feu *Mirieu*. Il croit cet instrument préférable parce que l'action en est simple, douce, continue, et peut être lentement graduée, tandis que les autres agissent brusquement en froissant et contondant les parties qui s'opposent à son passage.

Typhus. M. Rochoux présente quelques réflexions sur le typhus qui règne en ce moment au bagne de Toulon. C'est sur un bâtiment évidemment trop petit pour le nombre des forçats qui y sont entassés, qu'a éclaté le mal, et ce n'est pas la première fois qu'une épidémie s'y développe. M. Dubreuil n'hésite pas à attribuer ces épidémies à l'insalubrité de ce local. En 1822 M. Rochoux a visité ce bagne flottant, et bien que les forçats en fussent sortis depuis plusieurs heures, et que tous les sabords fussent ouverts, il y a senti une odeur infecte; on a donc bien fait, selon lui, de le submerger; mais si on veut s'en servir par la suite, il faudra en outre diminuer le nombre des forçats qu'on y établit. M. Rochoux regarde comme une bonne mesure le transport des malades dans une île; mais il s'élève contre l'établissement d'un cordon. En 1814, le typhus a fait périr beaucoup de soldats à Paris, et la maladie ne s'est pas propagée dans la ville, bien qu'on n'ait pas établi de cordon. Les guerres de la révolution et de l'empire ont fourni beaucoup de faits analogues; des prisonniers espagnols, par exemple, ont semé le typhus sur toute leur route depuis Bayonne jusqu'à Auxerre, et on n'a pas eu besoin de recourir à des cordons sanitaires pour en empêcher la propagation. La généralité des médecins désapprouve aujourd'hui cette mesure sanitaire, et M. Rochoux n'hésite pas à déclarer qu'elle sera sans influence sur la préservation de Toulon. Il voudrait qu'on priât les correspondans de l'Académie auxquels on a écrit à Toulon de rechercher si les glandes de Peyer et de Brumer sont affectées. M. Dubreuil dit avoir observé fréquemment une rougeur considérable de la tunique interne de l'aorte. Ce vœu de M. Rochoux, appuyé par M. Chomel, qui voudrait même que des pièces d'anatomie pathologique, relatives à la maladie, fussent adressées à l'Académie, sera transmis par les soins de M. le secrétaire à MM. les correspondans de Toulon.

Lithotritie. M. Ségalas présente un malade qu'il a guéri en une seule séance de la pierre par la lithotritie. Ce malade est âgé de soixante-dix ans; depuis sept mois il éprouvait de fréquentes envies d'uriner, et, depuis quatre mois, un exercice prolongé à pied ou en voiture, lui causait des hématuries. Du reste l'excrétion de l'urine était libre et sans douleur; le malade éprouvait seulement par intervalles un picotement à l'extrémité du gland. Le 29 janvier dernier, le cathétérisme fit reconnaître l'existence d'un calcul. Le 1er févrîer l'opération de la lithotritie a été tentée; le calcul saisi avait le volume d'une noisette; il a été immédiatement broyé, extrait en grande partie, et en totalité au bout de vingt-quatre heures; il n'est survenu aucun accident, et le malade a été guéri en un jour. M. Ségalas cite ce fait, pour qu'on n'exagère pas les difficultés de la lithotritie, non plus que la lenteur avec laquelle le malade est délivré par cette opération.

Formules des médicamens saccharotiques, présentées par M. Béral. — *Rapport* de M. Robinet. — M. Béral propose de faire des teintures médicamenteuses avec l'alcool et l'éther, de verser ensuite ces teintures en proportions fixes sur du sucre en morceaux, et de porter enfin ce sucre à une étuve, pour que l'alcool et l'éther s'évaporent, et que les principes médicamenteux qu'ils auraient dissous restent dans le sucre. On a ainsi un sacchorure médicinal, qu'il suffit de granuler ou de réduire en poudre, et qu'on conserve pour l'usage. Par ce procédé on a les principes médicamenteux séparés des excipiens excitans, alcool et éther, qui les avaient dissous. Les sacchorures étant solubles dans l'eau, on a le pouvoir d'en varier à l'infini les doses, et d'apprécier celle-ci avec exactitude. Ils remplaceront avec avantage beaucoup de sirops médicamenteux, qui souvent s'altèrent avec le temps, et dans lesquels le principe médicamenteux est uni à un excipient souvent nuisible. Ils seront préférables aussi pour aromatiser beaucoup de médicamens aux combinaisons d'huiles volatiles et de sucre employées aujourd'hui à cet effet sous le nom d'oléo-saccharum. Ils faciliteront enfin la préparation des tablettes, et rendront sous ce rapport les pharmaciens français les égaux des pharmaciens anglais. La commission donne des éloges au travail de M. Béral, et vote des remercîmens à ce pharmacien. Adopté.

Pessaires de la façon de madame Rondet, sage-femme à Paris. — *Rapport* de M. Moreau. — Ces pessaires furent d'abord faits avec de la laine, du poil de lièvre, du vieux linge auquel on ajoutait di-

verses substances médicamenteuses, selon l'effet astringent, émollient, tonique, qu'on voulait faire produire localement à ces instrumens. Aujourd'hui on ne les considère plus que comme des moyens contentifs, et on cherche pour les composer une matière qui les rende tout à la fois solides, légers, souples, élastiques, et enfin inaltérables. Tour à tour on a employé des bois légers et durs comme le liége, le bois de tilleul, le buis, des substances animales telles que l'ivoire et la cire, des substances minérales, des métaux, l'or, l'argent, l'étain. Mais le liége, qui convient par sa légèreté et son élasticité, est trop poreux et s'imbibe trop vite des mucosités du sang, et par conséquent est trop altérable; les mucosités dont il s'imprègne bientôt, s'échauffent, se putréfient, et donnent naissance à des gaz fétides qui sont cause d'odeurs incommodes et d'accidens divers. Pour parer à cet inconvénient, on l'a enduit de cire vierge pour obstruer ses porosités, empêcher son imbibition et retarder son altération. Par les mêmes motifs, on a recouvert les pessaires de bois de tilleul d'un vernis plus ou moins résistant. Le bois de buis n'est pas altérable, mais il est très-pesant, et ne peut servir que pour les pessaires d'un petit volume, dits à bilboquet et en cuvette; il en est de même de l'ivoire; la cire seule est trop cassante; associée avec des substances grasses, elle offre trop peu de résistance; elle ne peut servir que comme enduit aux pessaires de bois tendre; les métaux sont trop durs; le point où ils sont soudés est susceptible d'une altération qui peut être cause de dangers; ils sont d'ailleurs d'un prix trop élevé. Un fabricant d'instrumens de chirurgie, M. Bernard, a employé avec bien plus d'avantages un tissu de soie, de lin ou de coton recouvert d'un enduit composé d'oxide de plomb mélangé avec une huile siccative, celle de lin par exemple, et peut-être aussi avec un peu de caout-chouc. Ce dernier fait n'est pas sûr, quoique les instrumens composés par M. Bernard soient généralement connus sous le nom d'instrumens de *gomme élastique*; au moins si ce suc végétal y entre pour quelque chose, ce n'est que dans une très-petite proportion, et que sous forme de vernis. Néanmoins, malgré leur supériorité, les pessaires de M. Bernard qui sont les plus employés aujourd'hui, sont encore très-altérables; leur vernis s'écaille, se gerce; ils s'imbibent alors de mucosités, contractent de l'odeur et ont besoin d'être fréquemment changés. Selon le rapport, les nouveaux pessaires de madame Rondet réunissent à un plus haut degré les qualités désirables, savoir : la légèreté et la solidité, l'élasticité et l'imperméabilité; ils sont formés de caout-chouc; au dedans est un ressort très-mince d'acier parfaite-

ment trempé, qui est entouré d'une certaine quantité de crin; le tout est recouvert d'une enveloppe plus ou moins épaisse de caout-chouc, sur laquelle on applique une couche de vernis; quelques-uns sont sans ressort intérieur ni crins, et formés seulement de caout-chouc rempli d'air. La commission propose d'inviter la dame Rondet à faire connaître à l'Académie les observations qu'elle recueillera sur l'usage de ses nouveaux pessaires, et de déposer ses instrumens dans les cabinets de la compagnie.

M. Dubois père remarque que certainement il n'y avait pas de caout-chouc dans les instrumens de Bernard ; il ajoute, que c'est en vain qu'on espère soutenir la matrice par un pessaire, toujours l'instrument se place perpendiculairement dans le vagin, et par conséquent ne remplit plus l'office pour lequel on l'avait employé. M. Planche voudrait qu'on se fût assuré par des recherches chimiques que les pessaires de la dame Rondet contiennent réellement du caout-chouc.

Recherches sur l'état du système sanguin dans les fièvres typhoïdes, par M. Andral. — M. Andral commence par l'exposition de quelques faits; il rapporte que sur quatre-vingt-six cas de fièvres typhoïdes, il n'a trouvé que treize fois des altérations dans le cœur (pâleur et flaccidité de cet organe, perte de consistance de son tissu, teinte rouge de ses fibres ou de sa surface interne), et onze fois de la rougeur dans l'aorte et dans les veines. Il est sous ce rapport en opposition avec MM. Bouillaud et Louis; le premier sur quarante-neuf cadavres ayant trouvé le cœur altéré trente-sept fois, et les vaisseaux rouges neuf fois; et le second sur cinquante-quatre cas, le cœur altéré vingt-sept fois, et les gros vaisseaux rouges vingt-sept fois. Il ajoute que dans les quatre-vingt-six cas de fièvres typhoïdes qu'il a observés lui-même, les symptômes lui ont paru les mêmes, qu'il y ait eu ou non altération du cœur et des vaisseaux; et, comme il en a été de même dans les observations de M. Louis, il conteste l'assertion émise par M. Bouillaud, que la rougeur de la face interne du cœur et des gros vaisseaux qu'on observe en ces cas, soit due à une angéi-cardite, et soit la cause des symptômes de la fièvre inflammatoire, et le caractère anatomique de cette fièvre. Il cite en preuve qu'il a trouvé cette rougeur, non-seulement dans des fièvres autres que l'inflammatoire et l'adynamique, mais encore en beaucoup de maladies non fébriles. Il faut remarquer que cette rougeur est uniforme et paraît être à la vue plutôt une coloration passive qu'une coloration hypérémique, avec différens degrés d'injection. Après ces détails, M. An-

dral recherche si ces altérations du cœur et des vaisseaux existaient pendant la vie et constituent la maladie, ou si elles ne sont que des altérations cadavériques. Ces altérations sont au nombre de sept, et voici son opinion sur chacune d'elles : 1° un épaississement et une ulcération de la membrane interne des veines, suppose un travail d'irritation dans ces vaisseaux, et celui-ci a pu concourir à la production des symptômes; les observations de MM. Ribes, Breschet, Dance, Legallois, ont mis ces points hors de doute; mais sur cent malades morts de fièvres graves, à peine en est-il un seul qui présente ces altérations; 2° la présence du pus dans les veines ne prouve pas invinciblement une maladie propre à ces vaisseaux; le pus peut y avoir été apporté par l'absorption comme M. Legallois en a cité des cas; seulement alors ce pus agit en déterminant comme une espèce d'empoisonnement, et provoque l'explosion d'une fièvre putride: 3° la diminution de consistance du tissu du cœur n'est pas due à un état inflammatoire du cœur, et n'a pas part à la production des symptômes; on l'a observée en effet en beaucoup d'affections autres que les fièvres : probablement elle est un effet de la mort, car elle existe toujours dans les cadavres qui présentent un commencement de putréfaction : si elle est rare dans la vie, loin d'être cause de la maladie, elle est un effet de cette disposition inconnue qui amène l'adynamie. Souvent on trouve ainsi plusieurs organes ramollis, et cela dans toute espèce de maladies : M. Andral professe que la décoloration de la surface interne du cœur n'est pas non plus exclusive aux fièvres graves, et qu'elle est aussi sans influence sur la production des symptômes: 4° enfin il émet la même opinion relativement à la rougeur de la surface interne du cœur, des artères et des veines; cette altération n'est selon lui qu'un phénomène cadavérique qui survient d'autant plus tôt que la tendance du cadavre à la putréfaction est plus grande. Il se fonde sur deux remarques qu'il a faites: l'une que cette rougeur se rencontre d'autant plus souvent dans toutes les maladies, que la température extérieure est plus élevée; l'autre que cette rougeur est aussi d'autant plus fréquente, qu'on fait plus tardivement l'ouverture du cadavre.

M. Andral termine par des recherches sur l'état du sang dans les fièvres typhoïdes. On dit généralement que dans ces maladies, ce fluide est liquide et décoloré; quelquefois en effet, M. Andral l'a trouvé tel, mais le plus souvent il lui a paru être dans l'état normal; il en a paru de même à MM. Petit et Serres, dans leurs recherches sur la fièvre entéro-mésentérique, à M. Trousseau, dans ses travaux sur la dothinenthérie, et à MM. Bouillaud et Louis; le premier sur quinze cas,

n'en a trouvé que trois où le sang était évidemment altéré, et M. Louis n'a rencontré cette altération que trois fois sur cinquante-quatre observations. M. Andral conclut donc que le rôle qu'on fait jouer au sang pour la production des fièvres graves, repose plus sur l'examen des causes et des symptômes de ces maladies que sur le fait direct, c'est-à-dire sur l'anatomie pathologique. Il a étendu ses recherches à l'examen du sang tiré de la veine pendant le cours de ces maladies; ordinairement le caillot qui se formait était plus mou, et il y avait rarement une couenne; sur cent dix-sept cas M. Andral n'a vu que douze fois celle-ci se former; sur quarante-quatre M. Louis l'a vue treize fois. M. Andral dit en finissant que si le sang est altéré dans les fièvres typhoïdes, son altération ne tombe pas sous les sens. La médecine de nos jours, dit-il, a bien fait de renoncer au solidisme exclusif du dernier siècle; mais qu'elle ne compromette pas de nouveau la cause de l'humorisme en demandant aux faits de son domaine plus qu'ils ne peuvent donner.

Séance du 16 février.— Pessaires de la dame Rondet. — M. Delens rapporte que le vœu a été émis que la compagnie s'assurât par des expériences chimiques directes que ces pessaires sont réellement composés de caout-chouc; il croit que l'examen physique de ces pessaires suffit pour convaincre que la couche extérieure de ces instrumens est bien du caout-chouc; mais au lieu d'avoir appliqué cette substance couche par couche après l'avoir dissoute dans un fluide, on l'a seulement moulée sur la matière qui fait la base du pessaire; d'où il résulte qu'il existe dans l'instrument une suture peu solide, et par laquelle pourront pénétrer les mucosités des organes; il pense qu'on donnerait à ces pessaires une plus grande inaltérabilité en employant le caout-chouc après qu'il aurait été dissous. Le rapporteur convient que le pessaire qui a été présenté à l'Académie mérite les objections que vient de faire M. Delens; mais la dame Rondet lui a dit que le temps lui avait manqué pour sa confection, et qu'il lui était possible avec plus de temps de rendre l'enveloppe de caout-chouc tout-à-fait imperméable aux liquides. M. Lodibert pense qu'on pourrait appliquer sur la matière qui fait la base du pessaire le caout-chouc liquide, comme on le fait sur les noyaux de terre glaise qui servent à façonner les sacs sous la forme desquels existe le caout-chouc dans le commerce; il ajoute que l'huile de camphre, c'est-à-dire une solution de camphre dans l'acide nitrique, est un moyen qui gonfle et ramollit le caout-chouc et permet qu'on le dissolve dans une huile

volatile en grande proportion ; il ne reste plus ensuite qu'à étendre par couches cette solution sur les instrumens qu'on veut revêtir de caout-chouc. M. Boullay rappelle qu'on connaît plusieurs moyens de dissoudre le caout-chouc, entre autres le bitume. M. Désormeaux, un des membres de la commission, dit que celle-ci n'ignorait pas que l'art chimique a des moyens de dissoudre le caout-chouc ; elle savait, par exemple, que le fabricant d'instrumens de chirurgie Verdier emploie les dissolutions de gomme élastique; mais elle avait à juger les pessaires de madame Rondet tels qu'ils lui étaient présentés, et c'est ce qu'elle a fait.

Goître. — Poudre de Sancy. — M. le président rappelle qu'un rapport favorable a été fait, il y a plus d'un an, par la commission des remèdes secrets sur un remède secret contre le goître, appelé *poudre de Sancy*. Cependant l'Académie ajourna l'adoption du rapport, parce que les faits cités ne lui paraissaient pas assez nombreux, bien qu'ils fussent au nombre de dix-sept, et que sur ce nombre il n'y en eût pas un seul qui déposât contre l'efficacité du remède. L'Académie ayant désiré de nouvelles expériences, avant d'accorder une entière approbation à ce nouveau remède, M. le secrétaire annonce que le possesseur du secret a déopsé dans les bureaux une assez grande quantité de sa poudre, dont chaque membre peut faire usage s'il veut.

Epidémie de Toulon. — M. Kéraudren, à qui l'Académie avait demandé quelques renseignemens comme inspecteur du service de santé de la marine, a la parole. La maladie a commencé en décembre, à en juger par les nécropsies; son siége parut être d'abord dans le cerveau; les cadavres présentaient un engorgement des systèmes veineux et cérébral, de la sérosité dans le tissu sous-arachnoïdien, dans les ventricules cérébraux et le canal rachidien ; les poumons n'étaient que secondairement affectés; le cœur n'offrait rien de particulier; il y avait rarement phlegmasie de la membrane muqueuse de l'estomac, et jamais on n'a rencontré l'exanthème intestinal qui appartient à la dothinenterie; le foie était volumineux et plein de sang; les intestins, de couleur ardoisée ou rougeâtre, contenaient un fluide sanguinolent; le tissu musculaire était rouge et très-dense. Plus tard, la maladie a paru changer de nature. Sans doute les nécropsies présentent encore quelques désordres cérébraux, mais on trouve plus fréquemment des altérations phlegmasiques de l'estomac et de l'intestin grêle. La diète sévère, des boissons acidulées et gommeuses, des sangsues, des si-

napismes aux membres inférieurs, des lavemens émolliens et légèrement stimulans, des fomentations de même nature sur l'abdomen, etc., ont été les moyens les plus efficaces. Les saignées générales ont déterminé un collapsus qui aggravait la maladie. On a reconnu qu'il fallait beaucoup de ménagement dans l'emploi des excitans et des vésicatoires.

On a attribué tour à tour la maladie : 1° à des exhalaisons formées par le sol que l'on creuse pour faire des bassins ; 2° à l'encombrement des forçats sur les bagnes flottans. M. Kéraudren pense qu'il faut plutôt accuser le froid, les chagrins auxquels sont en proie les condamnés, et les fatigues qu'ils ont éprouvées pour arriver à Toulon. Du reste, au commencement de février, tous les condamnés du bagne flottant n° 2, qui avait presque exclusivement fourni les malades, ont été transportés à Saint-Mandrier, vaste établissement situé de l'autre côté de la rade de Toulon, et à une grande distance de la ville. La maladie n'a pas paru à Toulon, ni même parmi les ouvriers du port; elle a déjà considérablement diminué, et la mortalité est presque rentrée dans ses limites ordinaires. M. Kéraudren termine en donnant le chiffre des malades à l'hôpital du bagne, depuis le 1er février jusqu'au 13; le nombre, qui le 1er février était de 511, dont 80 convalescens, n'était plus le 13 que de 415, dont 86 convalescens.

M. Rochoux croit, en opposition à M. Kéraudren, que l'encombrement des hommes dans un lieu trop restreint a eu la plus grande part à cette maladie; on met jusqu'à 1000 condamnés sur les bagnes flottans, et selon lui c'est beaucoup trop; en 1814, M. Dupuytren a fait cesser le typhus qui ravageait une salle par le seul soin d'y admettre un moindre nombre de malades. M. Kéraudren réplique que les bâtimens rasés qui servent de bagnes sont des bâtimens de la plus grande dimension; or, ces bâtimens reçoivent souvent jusqu'à 1500 hommes, et ici il n'y a pas d'artillerie, ce qui double et triple même la capacité intérieure de ces vaisseaux. Il pense qu'il faut ici accuser surtout le mélange des hommes. M. Castel croit qu'il faut compter pour beaucoup parmi les causes productrices du typhus, la privation d'exercice et de mouvement qu'éprouvent les condamnés, il aurait désiré qu'on dît si la maladie de Toulon est intermittente, rémittente ou continue; il regrette enfin qu'on ait donné à la maladie des noms tirés de ceux des organes qui dans les nécropsies ont été trouvés enflammés. M. Boisseau veut que, pour prononcer sur cette épidémie, on attende de plus amples renseigne-

mens. M. Marc annonce qu'un semblable typhus vient d'éclater à Pise.

Recherches sur la dissolution chimique ou digestion des parois de l'estomac après la mort, suivies de réflexions sur le ramollissement et la perforation de cet organe chez l'homme et les animaux, par M. Carswel, médecin étranger.— Selon M. Carswell, le suc gastrique, même dans son état normal le plus absolu, peut désorganiser l'estomac, en agissant chimiquement sur ce viscère, comme il le fait sur les alimens; et les auteurs actuels d'anatomie pathologique ont tort de ne tenir aucun compte de cette cause dans les altérations de l'estomac, qu'ils rapportent trop exclusivement à une phlegmasie de ce viscère. M. Carswell rappelle d'abord les opinions des auteurs sur le ramollissement, les érosions et perforations de l'estomac; il donne la subtance : 1° d'un mémoire de Hunter à la Société Royale de Londres en 1772, dans lequel est admise la fréquence de la dissolution chimique de l'estomac à sa portion splénique par l'action chimique du suc gastrique. Dans presque tous les cadavres, dit Hunter, le grand cul-de-sac est plus ou moins *digéré* : le suc gastrique agit encore après la mort, et souvent son action, après avoir perforé l'estomac, s'étend jusqu'aux parties qui touchent ce viscère, savoir, le foie, la rate, le diaphragme. Hunter s'appuie sur plusieurs cas de morts violentes et subites après lesquelles il a trouvé l'estomac perforé et ayant subi les mêmes altérations que les alimens qu'il contenait, et sur de semblables observations qu'il a faites sur des poissons; 2° d'un travail d'Adams qui déjà modifie l'opinion de Hunter, en ce sens qu'il est dit que, pour que le suc gastrique perfore ainsi l'estomac après la mort, il faut que la mort soit subite ; 3° d'un travail d'Allan Borus, qui a la même opinion que Hunter, mais il cite trois cas où l'estomac était perforé à sa face antérieure, un cas où il l'était au pylore, et trois où les individus étaient maigres, infiltrés et morts à la suite d'une longue maladie; 4° de deux mémoires de Jœger, dans le journal d'Hufeland, années 1811 et 1813, dans lesquels on cite une observation et deux expériences qui prouvent que l'estomac peut être perforé après la mort par l'action du liquide qu'il contenait, mais dans lesquels cependant on avance que généralement, il faut pour trouver ces perforations, une maladie antécédente de l'estomac qui fasse sécréter à ce viscère une quantité plus grande d'acide acétique. On y admet que c'est un acte vital qui fait l'acide; mais celui-ci opère la dissolution gélatiniforme de la membrane muqueuse de l'estomac par une véritable action chimique,

car cette dissolution est surtout plus prononcée là où le fluide séjourne, et elle s'étend aux parties vers lesquelles ce fluide a dû mécaniquement se porter; 5° des thèses de MM. Morin et Laisné, écrites sous les inspirations de Chaussier, et dans lesquelles, rejetant toute influence chimique du suc gastrique, on accuse une action vitale des érosions et de ulcérations développées à la surface interne de l'estomac; 6° des travaux de M. Cruveilhier sur la maladie qu'il a appelée gastrite et entérite des enfans avec désorganisation gélatiniforme de la membrane muqueuse gastro-intestinale; 7° de ceux de M. Louis sur le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac avec amincissement et destruction de cette membrane, et de ceux de M. Broussais; tous auteurs qui n'accordent plus aucune part à l'action chimique du suc gastrique, et en appellent à une action morbide, phlegmasique ou autre; 8° enfin des travaux de M. Andral fils, qui, moins exclusif que les précédens, ne nie pas tout-à-fait les perforations, par une action chimique du suc gastrique, mais en appelle à de nouveaux faits, et croit que, pour que les perforations se fassent ainsi après la mort, il faut que l'estomac ait éprouvé un état morbide particulier qui l'y ait disposé.

M. Carswell mentionne encore une thèse de M. Besnard *sur des perforations spontanées de l'estomac, observées sur des sujets morts à la suite de violentes douleurs et de grandes opérations*, dans laquelle de vives affections de l'âme sont rangées parmi les causes accidentelles de ces perforations. Il parle d'un mémoire de J. Gardner, d'Edimbourg, dans lequel sont mentionnés plusieurs cas de maladies de l'enfance, où l'on a trouvé après la mort des érosions et des perforations de l'estomac. De tous ces faits M. Carswell croit pouvoir en tirer des argumens favorables à son système. 1° C'est généralement dans le grand cul-de-sac de l'estomac que s'observent les érosions et perforations spontanées de ce viscère. Or le grand cul-de-sac est l'unique partie où s'accumulent les liquides propres à cet organe. 2° L'érosion s'étend d'un centre aux parties vers lesquelles a dû mécaniquement couler le menstrue dissolvant; et si elle a atteint des parties circonvoisines, le foie, la rate, le diaphragme, ce sont celles qui touchent le grand cul-de-sac de l'estomac. 3° Dans l'extension de ces érosions et perforations on ne voit aucun indice de travail inflammatoire ou morbide, ni rougeur, ni adhérence, ni formation de pus ou de matière plastique; cela se voit au contraire dans celles de ces érosions qui sont évidemment faites pendant la vie et par le fait d'une action morbide; des adhérences empêchent la perforation

de donner lieu à un épanchement dans l'abdomen ; et l'on voit des traces d'un travail vital qui a fait ces adhérences : d'ailleurs la perforation existe alors à la région pylorique de l'organe. 4° Le plus souvent on ne voit pas d'épanchement dans l'abdomen ; et comment concevoir que cet épanchement ne se fasse pas, si la perforation a eu lieu pendant la vie, et surtout lorsque l'individu a éprouvé de violens vomissemens ? 5° Enfin c'est surtout dans les cas où la mort avait frappé subitement un individu auparavant bien portant qu'on a observé ces perforations. Dans la seconde partie de son mémoire M. Carswell citera des expériences dans lesquelles il est parvenu à produire à volonté des érosions et des perforations de l'estomac.

Note sur un nouvel élastique, par M. Thibaut de La Fresnaye, candidat en médecine. Aux élastiques en fil métallique, qui ont les inconvéniens de ne pas se mouler exactement aux parties, de les comprimer trop, ou de perdre leur élasticité quand il sont trop tendus, de s'oxyder et de se briser alors avec facilité, M. Thibaut en substitue qui sont faits avec du caout-chouc, entouré de fil de soie ou de coton, et disposé en ruban. Ces élastiques, selon lui, conserveront toujours leur élasticité, quelque distendus qu'ils soient, et ne cesseront conséquemment de comprimer les parties qu'ils sont destinés à contenir. Avec eux pourront être faits des ceintures pour les femmes enceintes, les personnes trop grasses, les enfans affectés de hernies ombilicales, des corsets de tout genre, etc.

Croup. M. Andral fils présente, de la part de M. Pallas, médecin en chef de l'hôpital militaire de Patras, une fausse membrane qui tapissait le larynx, la trachée-artère et les bronches, jusque dans leurs dernières ramifications Elle vient d'un soldat français mort en Morée avec tous les symptômes du croup.

Séance du 23 février. — M. Craswell achève la lecture de son mémoire *sur la dissolution chimique des parois de l'estomac après la mort par l'action du suc gastrique.* Il rapporte plusieurs expériences sur des lapins qui semblent décisives. Après avoir fait manger ces animaux, il les tuait par un coup porté sur la tête, et cela au moment où l'on supposait la digestion en pleine activité. Ils étaient ensuite suspendus par les pattes de derrière, et ouverts cinq à six heures après la mort.

M. Craswell a constamment trouvé le grand cul-de-sac de l'estomac, qui était la partie de l'organe la plus déclive, et celle par conséquent où s'accumulaient les liquides digestifs ; il a, dis-je, trouvé cette partie altérée ; et, selon le temps qui s'était écoulé, les membranes

étaient là ou simplement ramollies ou complètement perforées : dans ce dernier cas, souvent la destruction s'étendait aux parties voisines en contact avec l'estomac, au foie, au diaphragme; les alimens que contenait l'estomac se montraient aussi bien plus altérés dans le bas-fond du viscère que dans aucune de ses autres régions. Non-seulement les organes voisins de l'estomac qui correspondaient au lieu où cet organe était perforé, ou qui étaient comme lui dans une position déclive, étaient altérés, mais M. Craswell a trouvé le même ramollissement dans d'autres organes qui touchaient simplement à l'estomac, et qui avaient ressenti par imbibition le même fluide destructeur. Dans tous les endroits détruits, le sang contenu dans les vaisseaux paraissait noir. M. Carswell voit dans ces expériences un preuve évidente que les ramollissemens, les érosions, et les perforations de l'estomac, rapportés par les auteurs à des actions morbides, ne sont que des dissolutions chimiques par le suc gastrique. Il a examiné le liquide que contenait l'estomac dans les animaux qni étaient le sujet de ses expériences; la quantité de ce liquide était généralement en proportion de l'étendue des lésions; il avait une acidité très-prononcée, et décélée par l'odeur aigre qu'il exhalait et la promptitude avec laquelle il rougissait le papier de tournesol. C'est à cette acidité qu'il doit, dit M. Craswell, sa propriété dissolvante; et, en effet, en plaçant dans les intestins, la vessie ou l'estomac du cadavre d'un animal, des alimens liquides retirés de l'estomac d'animaux vivans, ce médecin a vu ces alimens détruire de même les organes dans lesquels on les avait renfermés.

M. Craswell n'a pas vu que le genre de mort fît varier la production de ces phénomènes. La position que l'on donne au cadavre y a plus de part; quand les animaux ont été suspendus par les pattes de derrière, les lésions sont plus profondes que quand on les suspend par la tête ou qu'on les met sur le ventre, le dos, ou sur un des côtés. M. Craswell pense que cela tient à ce que, dans le premier cas, le sang s'accumule en plus grande quantité dans le système abdominal, et donne lieu à la continuation de la sécrétion du suc gastrique après la mort.

M. Craswell termine son mémoire par les conclusions suivantes : 1° Que le ramollissement, l'érosion et la perforation de l'estomac peuvent se faire et se font souvent après la mort dans les animaux sains, tués pendant le travail de la digestion. 2° Que ces altérations reconnaissent pour cause le suc gastrique, dans son état normal. 3° Que l'acidité est le caractère essentiel de ce suc et la cause de

sa qualité digestive pendant la vie et de son action dissolvante après la mort. 4° Que cette dernière, toute-puissante sur l'estomac après la mort, est nulle sur le viscère pendant la vie. 5° Qu'il n'est pas nécessaire de supposer, comme l'a fait Jœger, pour expliquer les altérations de l'estomac une modification du suc gastrique, consécutivement à une maladie du système nerveux de ce viscère, une suracidité de ce suc. 6° Qu'il n'est pas nécessaire non plus d'admettre, comme le voulait le docteur Gardner, une tendance préalable des parois de l'estomac au ramollissement. 7° Enfin que les opinions de Chaussier et de M. Broussais, qui rapportent les ramollissemens, les érosions et les perforations à un travail d'irritation, sont également erronées ; bien qu'on doive reconnaître qu'en certains cas ces altérations sont des produits d'un travail morbide.

Ultracisme des médecins qui sont persuadés que le traitement antisyphilitique convient aux simples symptômes de la syphilis ainsi qu'aux affections les plus graves, par M. Charmeil, chirurgien à l'hôpital militaire de Metz. L'auteur commence la lecture de ce mémoire ; mais, après quelques minutes, le président l'interrompt, à cause de l'heure avancée de la séance, et donne la voix à M. Amussat.

M. Amussat présente un *pièce d'anatomie pathologique consistant en une altération du canal de l'urèthre.* Le malade depuis quatre ans éprouvait de la difficulté à uriner; il avait été soulagé, mais non guéri, par l'emploi de bougies qui avaient graduellement dilaté l'urètre. Mort, il y a quelques jours, dans un état d'anasarque, d'ascite et d'hydrothorax, avec hypertrophie du cœur. Nécropsie : la vessie très-dilatée et hypertrophiée : trois rétrécissemens dans le canal de l'urèthre, un en arrière de la fosse naviculaire, et deux autres au niveau et au dessus du bulbe de l'urèthre ; ces rétrécissemens avaient été reconnus du vivant du malade, au moyen de l'instrument appelé *explorateur de l'urèthre :* au dessus d'eux le canal est dilaté et présente beaucoup de petites lacunes muqueuses agrandies, qui simulent des ulcérations ou des crevasses. M. Amussat fait remarquer que rien n'est plus fréquent que de méconnaître après la mort l'existence des rétrécissemens du canal de l'urètre, parce qu'on ouvre ce canal tout du long sur une sonde, à partir de sa partie supérieure. Pour éviter cette erreur de diagnostic, il faut, dit M. Amussat, introduire d'abord une sonde d'un fort calibre, pour voir si le rétrécissement tient à un gonflement de la muqueuse; si cette sonde est arrêtée à un certain point du canal par des brides, on explore celles-ci avec l'instrument dit *explorateur de l'urèthre ;* alors on fend le canal en avant et en

arrière des rétrécissemens, laissant celui-ci intact; il est facile alors d'en juger le siége, l'étendue, la nature. Les rétrécissemens de l'urèthre, ajoute M. Amussat, sont de diverses sortes : 1° un simple gonflement de la muqueuse de l'urètre, par suite d'une inflammation de cette membrane : 2° une bride résultat d'une cicatrice ou d'une induration qui tiraille la muqueuse, genre de rétrécissement qu'on ne peut guères reconnaître pendant la vie qu'à l'aide de l'explorateur: 3° une valvule ou diaphragme, oblitérant presque le canal qui se dilate beaucoup au dessus : 4° enfin un état d'induration complète envahissant tout le tissu fibreux du canal. M. Amussat appuie toutes ces remarques de dessins dans lesquels il a représenté ces divers genres de rétrécissemens.

VARIÉTÉS.

POLÉMIQUE MÉDICALE ET PHILOSOPHIQUE.

C'est dans les *prospectus* et dans les préfaces qu'il est facile d'apercevoir et d'observer le mouvement des esprits ; c'est aussi là que nous devrons puiser quelquefois pour alimenter la partie philosophique de notre recueil. Que de vague, que d'obscurité, que d'hésitation et d'embarras, que de frais d'esprit et d'imagination dans tous ces discours, avant-propos, prolégomènes , etc., que nous voyons en tête des ouvrages nouveaux grands et petits! Et le tout pour dissimuler le vide qui résulte d'une absence complète de principes et de doctrines.

Dans ce torrent de paroles, que l'activité de la presse grossit chaque jour, une vérité surnage, et vient frapper tous les esprits; c'est que la médecine n'est pas constituée sur ses véritables bases, puisqu'elle ne se comprend pas elle-même; puisque, de l'aveu de tout le monde, on en est encore à savoir ce que c'est que la *fièvre* dont on parle tant, ce que c'est que l'*inflammation* qu'on voit cependant partout, et qui menace d'envahir tout le domaine de la pathologie, ce que c'est enfin que la *maladie*. Quelque pénible qu'un tel aveu puisse être pour la médecine, en présence des autres sciences, elle ne saurait plus y

échapper. Sa misère est universellement connue ; elle en a le sentiment intime et profond : que gagnerait-elle à la nier ? Ce qu'elle a de mieux à faire, c'est de travailler sérieusement à en découvrir la cause. Elle ne tardera pas à reconnaître qu'elle est pauvre au milieu d'innombrables richesses que vingt-deux siècles d'étude et d'expérience lui ont acquises, parce qu'elle méconnaît la valeur de ces richesses et qu'elle ne sait pas en faire usage : semblable à ces millionnaires que des habitudes mesquines ou de misérables préjugés condamnent à vivre de privations au sein de la plus grande abondance.

Travaillons donc avec courage à détruire les préjugés, quels qu'ils soient, qui nous retiennent encore dans cet état humiliant. De ce que de grandes richesses nous ont été léguées par les siècles passés, n'en concluons pas qu'il faille dédaigner ce que le présent et l'avenir y peuvent ajouter : en fait d'expérience et d'observations, abondance de biens ne nuit pas. Mais, d'un autre côté, gardons-nous de prendre comme argent comptant tout ce qu'on nous offre avec tant de libéralité et de profusion *pour concourir à l'avancement de la science.* Rassembler des faits particuliers, les disposer par chapitres, sections et paragraphes, avec une préface, des notes, des réflexions, et même encore, si vous voulez, des figures gravées et coloriées, faire de tout cela de beaux volumes, c'est un labeur qui a certainement son prix ; on peut ainsi concourir à l'avancement de la science à peu près comme les carriers concourent à la construction des plus beaux édifices (qu'on nous pardonne la comparaison, si elle exprime bien notre sentiment). Mais si vos faits et vos remarques ne sont pas l'expression et le développement d'une pensée, si vous parlez toujours sans rien prouver, sans rien conclure, vous ne faites rien directement pour la science, vous n'ajoutez rien à son domaine ; car ce domaine est tout intellectuel ; il ne se compose que d'abstractions, c'est-à-dire de vérités générales, de principes et de doctrines.

Telle est la règle de critique d'après laquelle nous devons examiner les titres de ceux qui se présentent pour *concourir à l'avancement de la science.* C'est ainsi que nous parviendrons à discerner le vrai du faux, et à connaître enfin nos véritables richesses.

Voici, par exemple, un ouvrage des meilleurs et des plus estimés qui aient été publiés dans ces derniers temps (*Clinique médicale, ou Choix d'observations*, etc. ; par M. le professeur Andral). Nous nous dispenserons d'analyser et de faire connaître tout ce qu'il contient de bon et d'utile, attendu que cette tâche vient d'être remplie avec autant de probité que de talent par celui de nos collaborateurs qui a

rendu compte de la seconde édition (page 441 de ce cahier). Nous ne voulons en parler ici que sous le rapport de la philosophie médicale.

Dans la première édition de cet ouvrage, le premier volume était consacré aux *fièvres :* venaient ensuite les maladies de la poitrine, du bas-ventre, etc. Dans la seconde, qui vient de paraître, il n'est plus question des *fièvres :* après une courte préface, l'auteur entre en matière par les maladies de la poitrine.

C'est sans doute la première fois qu'on aura vu un traité général de médecine, ou, pour parler plus exactement, un recueil d'observations sur toutes les maladies, commencer le tableau des infirmités humaines par la description de la *péricardite*. Ce seul fait est caractéristique de l'époque actuelle, et démontre mieux que tout ce qu'on pourrait dire à quel point les idées sont bouleversées en médecine.

Curieux de savoir ce que l'auteur a fait des fièvres, j'interroge la préface et je lis : « *Les progrès de la science* m'ont engagé à ne pas » consacrer, comme dans l'édition précédente, un volume spécial aux » fièvres. Cependant j'ai conservé avec soin toutes les observations » que renfermait ce volume; mais je leur ai donné une autre place. » J'ai rangé les unes parmi les observations relatives *aux maladies de* » *l'abdomen*, et les autres parmi celles relatives aux *maladies des* » *centres nerveux*. »

A merveille. Mais d'abord, quel est ce progrès de la science qui fait aujourd'hui disparaître les fièvres? C'est la doctrine *physiologique :* l'auteur ne le dit point, parce qu'il suppose apparemment que tout le monde le sait; mais nous croyons devoir le publier hautement parce qu'on affecte quelquefois de l'ignorer. C'est M. Broussais qui, le premier, a su comprendre toute la portée du système de la localisation des maladies. C'est lui qui, rapportant à l'irritation de la membrane muqueuse gastro-intestinale tous les symptômes des fièvres dites *essentielles*, a le premier proclamé qu'il n'existe que des fièvres symptomatiques, et qu'en conséquence toutes les maladies, soit aiguës soit chroniques, sont toujours primitivement locales. Si c'est là un véritable progrès, il est immense, et c'est à M. Broussais qu'il est juste d'en rapporter la gloire : elle lui appartient tout entière.

Nous ne croyons pas, nous, que cette doctrine soit un *progrès*. Nous pensons, au contraire, qu'elle est une grande erreur, qu'elle a exercé sur l'art médical une funeste influence, et lui a imprimé une impulsion rétrograde. Telle est notre manière de voir. S'il est libre à chacun de la trouver mauvaise, et de la combattre, avec l'espérance de la changer ou d'en démontrer la fausseté, il n'y a personne du moins

qui puisse nous en savoir mauvais gré; car nous ne devons ni à M. Broussais ni à qui que ce soit le sacrifice de notre conviction. Si nous venions à changer de doctrine, si nous venions à adopter celle de M. Broussais ou toute autre, nous le dirions sans détour, et nous nous ferions honneur de cette franchise.

M. Andral ne pense pas comme nous sur la grande question des *fièvres;* il accepte, comme *un progrès*, la doctrine physiologique, puisqu'il vient de rayer de son ouvrage la classe des *fièvres:* il est donc de l'école de M. Broussais. Cela nous paraît incontestable, et nous ne voyons pas quel intérêt M. Andral pourrait avoir à le contester.

Les observations que renfermait son volume des fièvres sont rangées (non pas toutes, mais partie) *parmi les observations relatives aux maladies de l'abdomen*, et rentrent en conséquence dans le système de la gastro-entérite. Nous tenons avant tout à appeler les choses par leur nom: c'est le seul moyen de nous entendre.

Ainsi donc, tout en adoptant le système de la gastro-entérite, M. Andral n'y fait pas entrer la totalité de ces fièvres que nous nommons encore *essentielles* ou *primitives*. Si les unes sont pour lui des gastro-entérites, ainsi que nous venons de le voir, il en est d'autres qu'il a rangées, ou qu'il se propose de ranger, *parmi les maladies des centres nerveux*. Ici une explication nous paraît indispensable.

M. Andral aurait-il découvert le *caractère anatomique* des fièvres dont il s'agit dans une altération organique (*hypérémie*, anémie ou autre) du cerveau, du prolongement rachidien, des ganglions, ou des plexus nerveux? Dans ce cas, il ne sortirait pas de l'école de M. Broussais: il ne ferait qu'une nouvelle application de l'idée-mère de la doctrine physiologique; il ne s'agirait plus que d'appeler ces fièvres des *cérébrites*, des *spinites*, des *ganglites* ou des *plexites;* si ces noms ne sonnaient pas assez bien à l'oreille, il serait aisé d'en trouver d'autres, et tout le monde serait content, sans excepter M. Broussais, à moins qu'il ne fût bien difficile.

Si M. Andral n'a point découvert d'altération organique dans les centres nerveux, sur quoi se fonderait-il pour y placer le *siége* de ces fièvres? Voudrait-il, à l'exemple d'un de ses collaborateurs au *Journal hebdomadaire*, admettre des altérations organiques *inappréciables*, ou, ce qui est plus curieux encore, des altérations d'un certain fluide impalpable et invisible, qu'on propose de nommer l'*impondérable physiologique* (1)? De bonne foi, nous ne pouvons pas le supposer.

---

(1) *Journal hebdomadaire*, 27 juin 1829, pages 575 et 580.

Enfin si, à défaut de toute altération organique dans les centres nerveux, M. Andral persiste à soutenir qu'ils sont *malades* dans certaines fièvres, force lui sera de reconnaître que cette *maladie*, dont il ne reste rien sur le cadavre, n'est et ne peut être qu'un *acte* de la vie, un acte provoqué par une cause quelconque, c'est-à-dire une *réaction*, une *fonction accidentelle* ou *pathologique*.

Et dès lors, le voilà, bon gré mal gré, transporté dans un autre ordre d'idées, dans un autre monde physiologique, loin de la sphère de M. Broussais, vers laquelle il a gravité jusqu'ici : le voilà dans les régions plus élevées de la *force vitale médicatrice*, ou pour parler sans métaphore, dans la doctrine *de la force vitale*, telle que nous la comprenons, telle que nous la professons dans notre cours de clinique, telle que l'ont déjà présentée plusieurs articles de la *Revue médicale*, telle enfin qu'elle découle naturellement des principes énoncés dans notre Prospectus de cette année. Dans un de ces articles (cahier de janvier 1829, page 82), M. Andral a pu lire les propositions suivantes, citées avec des guillemets comme extraites littéralement de nos leçons. « Toute maladie est une réaction de l'organisme » contre *quelque chose* qui nuit. Cette réaction peut être générale ou » locale. La réaction générale (qui n'est autre chose que la fièvre) a » pour agens le cœur et *les centres nerveux*.... » Les mêmes propositions ont été reproduites, avec quelques développemens et quelques applications pratiques, dans les cahiers d'avril et de juillet 1829. Serait-ce par réminiscence que M. Andral parlerait maintenant de *maladies des centres nerveux* ? On peut raisonnablement le penser.

Au reste, peu importe; l'essentiel est d'aborder franchement la question. Si M. Andral est obligé de reconnaître dans *certaines* fièvres une réaction des centres nerveux, ou, ce qui est au fond la même chose, une *maladie* des centres nerveux sans altération organique, il faudra bien qu'il la reconnaisse dans toutes. Car où trouvera-t-il un caractère plus constant de l'état fébrile que le trouble de l'innervation? et que signifie ce trouble, si ce n'est un *acte* de la vie, une action des centres nerveux? Et ce caractère une fois reconnu, que fera-t-il de ses gastro-entérites?

On voit par là que M. Andral, placé entre deux doctrines opposées qui s'excluent et se repoussent, ayant un pied dans chacune d'elles, mais n'étant posé sur rien, doit se trouver fort mal à l'aise. Et d'ailleurs ses propres paroles, si courtes et si mesurées, que nous avons textuellement extraites de sa préface, trahissent assez son embarras.

Cet embarras, dira-t-on, n'est autre que l'embarras du choix, ou, en langage un peu moins bourgeois, c'est l'*éclectisme*. Ce mot est aujourd'hui en grande faveur: chacun veut être éclectique, et chacun l'est à sa manière, comme de raison. Il y a donc bien des sortes d'éclectismes. Celui-ci est de l'éclectisme à la façon du *Journal hebdomadaire*, qui consiste à prendre de côté et d'autre, et dans les doctrines les plus opposées, non-seulement des faits particuliers et des observations, ce qui serait tout simple, mais encore des principes, des idées, ou plutôt des fractions d'idées, pour les ajuster ensemble, et faire de cet assemblage incohérent quelque chose qui ait un air de nouveauté.

M. Andral trouvera peut-être que nous attachons à ses opinions plus d'importance qu'il n'y en attache lui-même. Car, dit-il encore dans sa préface, « c'est beaucoup moins sur mes opinions, *changeantes* » *et progressives* comme la science, que sur les faits eux-mêmes que » j'appelle l'attention des praticiens. » M. Andral nous permettra de lui répondre qu'il est trop modeste. Après avoir, dès son entrée dans la carrière, donné les plus belles espérances, il s'est élevé rapidement, et par son propre mérite, au Professorat; il justifie de plus en plus sa nomination par le succès de son enseignement, et enfin il a accepté, dans son journal, le titre de *Chef de l'école anatomico-pathologique de Paris* (1). Dans cette position, et surtout avec le talent dont il a déjà donné tant de preuves publiques, M. Andral a certainement le droit de prétendre à quelque chose de plus qu'à l'humble mérite de colliger des faits et observations: pourvu toutefois qu'il ne se confie pas trop à l'*éclectisme hebdomadaire*. Avec une telle manière de philosopher les opinions doivent nécessairement être *changeantes;* mais nous ne croyons pas qu'elles puissent jamais être *progressives*. J. B. CAYOL.

RÉCLAMATION.

A M. le Rédacteur de la Revue médicale.

Monsieur, j'ai été fort étonné de la réclamation (2) que M. Delpech a cru devoir faire contre mon Mémoire sur la *gymnastique orthopédique*, qui a été inséré dans *la Revue médicale* (novembre 1829). M. Delpech, par distraction sans doute, m'a prêté un langage et m'a supposé des prétentions qui n'existent ni dans le texte ni dans l'esprit de mon travail. C'est une erreur ou une pure invention que M. Delpech recon-

(1) *Journal hebdomadaire*, *ibid.*, page 591.

(2) Voyez *Revue médicale*, février 1830, page 357.

naîtra lui-même, après avoir lu avec attention mon mémoire. Je n'ai jamais dit ni prétendu nulle part que *la gymnastique fût de mon invention*, comme me le fait dire fort naïvement M. Delpech. Je n'ai jamais écrit *ma gymnastique*, en parlant des moyens employés dans mon établissement. Ces expressions sont aussi ridicules que peu françaises, et à Paris nous cherchons avant tout à être vrai et correct dans nos écrits. M. Delpech aurait-il donc la prétention d'avoir inventé la gymnastique et serait-il fâché que je n'aie pas parlé de *sa gymnastique?* Si cela est, je le félicite sincèrement d'avoir découvert, en 1825, des moyens fort anciennement connus et qui étaient déjà mis en pratique à Paris depuis dix ans.

Au reste, en remerciant M. Delpech de l'accueil que j'ai reçu de lui à Montpellier, et qu'il rappelle d'une manière si délicate dans sa réclamation, je lui rappellerai aussi qu'il avait été accueilli avec la même loyauté dans notre établissement à Paris, deux ans avant mon voyage; qu'il avait pu y voir nos lits et tous les préparatifs de notre gymnase orthopédique; enfin que c'est au gymnase normal de M. Amoros, à Paris, qu'il a emprunté la plupart des machines gymnastiques dont il se sert. Je fais seulement ces observations pour montrer que M. Delpech n'a pu, comme il le dit si gracieusement, m'enseigner une chose que je connaissais avant lui, puisque j'avais suivi dès le commencement les exercices gymnastiques de M. Amoros.

Quant à l'antériorité de publication que M. Delpech réclame encore, il sait très-bien que MM. les docteurs Londe et Lachaise, dans leurs ouvrages, avaient proclamé et démontré avant lui les avantages de la gymnastique dans le traitement des difformités. Je suis d'autant plus fâché que M. Delpech m'ait forcé à relever toutes les inexactitudes qui se trouvent dans sa réclamation, que personne plus que moi n'estime son talent et n'apprécie davantage l'utilité de ses travaux.

Agréez, etc. AMÉDÉE DUPAU.

Paris, le 20 mars 1830.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES ET DES NOMS D'AUTEURS

Contenus dans le Premier Volume de la REVUE MEDICALE, JOURNAL DE CLINIQUE.

FIN DE LA TABLE.

Le Rédacteur principal, gérant;
L. MARTINET.